

ANMELDUNG FÜR AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE

CF PATIENTINNEN UND PATIENTEN

| | | |
|--------------------|--------------------|-------------------|
| Name _____ | Vorname _____ | |
| Geburtsdatum _____ | Krankenkasse _____ | Kleber Patient/in |
| Strasse Nr. _____ | PLZ Wohnort _____ | |
| Telefon _____ | Mobile _____ | |
| E-Mail _____ | | |

Diagnose Pseudomonas negativ
Infektionen
Pseudomonas aeruginosa (1 und 2 MRGN)
Pseudomonas aeruginosa (MRGN 3)
Pseudomonas aeruginosa (MRGN 4)
Burkholderia Cepacia-Komplex
MRSA
Stenotrophomonas maltophilia

Anzahl Behandlungen ____ / ____ × pro Woche

Verordnung erste zweite dritte vierte Langzeitverordnung

| | | |
|----------------------|---|--|
| Therapieziele | Analgesie / Entzündungshemmung Sekretolyse Verbesserung der Atemfunktion Instruktion / Information Inhalationen richtig Anwenden Detonisierung / Entspannung | Verbesserung der Gelenkfunktion Verbesserung der Muskelfunktion Propriozeption / Koordination Verbesserung der cardio-pulm. Funktion Reduktion peripherer Oedeme |
|----------------------|---|--|

Der/die Physiotherapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes /der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

**Bemerkungen / Vorsichtssituationen /
Kontraindikationen**

Überweisender Arzt (Stempel, Unterschrift)

Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Kopie Physiotherapiebericht an _____

Datum _____

Tel. Praxis _____

Ich wünsche Kontaktaufnahme

vor Therapiebeginn nach Therapiebeginn
nur bei Vorschlag für Therapiewechsel

Physiotherapie und Training
Öffnungszeiten Sekretariat: 8–12, 13.30–16 Uhr
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09
physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE