

Verordnung zur Physiotherapie

Personalien

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Kostenträger:
AHV-Nr.:
Unfall-Nr.:
IV-Verfügungs-Nr.:

Physiotherapeutische Behandlung* (keine Mehrfachauswahl):

- Physiotherapeutische Behandlung
- Hippotherapie
- Behandlung im Gehbad / Schwimmbad
- Wohnungs- oder Arbeitsplatzabklärung (nur für UV / MV / IV)
- Robotik (nur für UV / MV / IV)

Zusatz:

- Domizilbehandlung
- Behandlung an Sonn- und Feiertagen
- Schienenversorgung

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung (ab 37 Sitzungen, bedingt Seite 2)

Behandlungsrelevante Diagnosen / Befunde:

Behandlungsgrund / Ziel der Behandlung:

- Beeinträchtigte Leistungsfähigkeit
- Beeinträchtigte Arm- und Schulterfunktion
- Psychosoziale Anpassungsstörung
- Fatigue
- Unvorteilhafte Körperzusammensetzung betreffend Muskeln/Fett
- Schlafstörungen
- Neurologische Beeinträchtigung
- Schmerzen
- Aromatase Inhibitoren induzierte muskuloskeletale Beschwerden
- Kardiovaskuläre Beeinträchtigung
- Pulmonale Beeinträchtigung
- Beeinträchtigte Knochengesundheit / -stoffwechsel
- Lymphödem

Limiten, Vorsichtsmassnahmen, Kontraindikationen, Behandlungsschema:

- Ossäre Fragilität
- Myelosuppression
- Advanced Cancer

Bemerkungen:

Siehe Rückseite: Wir bitten Sie, die Kostengutsprache für das beschriebene Programm zu erteilen und uns diese innerhalb der vertraglich vereinbarten Frist von 10 Tagen zuzusenden. Eine rasche positive Beurteilung ermöglicht der Patientin/dem Patienten einen zeitnahen Therapiebeginn. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Besten Dank.

Arzt /Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Die erste Behandlung muss innerhalb 5 Wochen nach der Ausstellung der Verordnung durchgeführt werden, ansonsten verliert sie ihre Gültigkeit.

*Gemäss Tarifvertrag gilt die Verordnung für eine Einzeltherapie für max. 36 Behandlungen.

Kostengutsprache gesuch für Langzeitbehandlung

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der verordnenden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): 6 Monate

36 Therapieeinheiten

Empfehlung:

Behandlungsumfang: Das Programm umfasst bis zu 36 Einzeltherapieeinheiten zuzüglich Ein-, Zwischen- und Austrittsuntersuchungen. Die beantragte Durchführungsdauer von 6 Monaten berücksichtigt die bei onkologischen Patienten typischen therapiebedingten Unterbrechungen (z.B. aufgrund von Chemo- oder Radiotherapie) und gewährleistet so einen nachhaltigen Therapieerfolg.

Begründung der Notwendigkeit nach Art. 25 & 32 KVG (WZW-Kriterien):

Die spezifische Indikation ergibt sich aus der onkologischen Grunderkrankung, die zu funktionellen Einschränkungen, Fatigue sowie Beeinträchtigungen in den Activities of Daily Living (ADL) führt, wie im Überweisungsschreiben dokumentiert ist.

Wirksamkeit (W): Das beantragte Programm „Cancer Move Continuum Schweiz (CMCS)“ ist ein spezifisches, evidenzbasiertes Konzept. Randomisierte Studien und Metaanalysen belegen für dieses und vergleichbare strukturierte Programme, dass sie bei onkologischen Patienten die körperliche Funktionsfähigkeit verbessern, Fatigue-Symptome reduzieren, die Lebensqualität steigern und das psychische Wohlbefinden fördern. Bei individueller Belastungssteuerung ist das Nutzen-Schaden-Profil als durchweg positiv zu bewerten.

Zweckmässigkeit (Z): Die onkologische Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans und dient direkt der Behandlung der Erkrankungsfolgen (Art. 25 KVG). Das CMCS-Programm wird ausschliesslich von spezialisierten Physiotherapeuten mit onkologischer Zusatzqualifikation durchgeführt. Regelmässige Assessments gewährleisten eine bedarfsgerechte Steuerung, dokumentieren den Fortschritt objektiv und unterstützen die Selbstbestimmung und Teilhabe der Patienten.

Wirtschaftlichkeit (W):

Die Leistung ist tariflich transparent (Tarifziffer 7311, Positionsbeschreibung a und /oder g). Der klar definierte Umfang und der strukturierte Behandlungsplan stellen eine wirtschaftliche Ressourcennutzung bei höchster Qualität sicher. Die durch die Rehabilitation erzielte Verbesserung des Gesundheitszustands kann Folgekosten vermeiden (z.B. durch reduzierte Komplikationen oder weitere Behandlungen) und trägt so langfristig zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei.

Arzt / Ärztin:

GLN:

Datum:

Unterschrift:

Physiotherapeutische Einschätzung

Empfehlungen zur Therapie (von der behandelnden Person auszufüllen)

Dauer (Anzahl Wochen): 6 Monate

36 Therapieeinheiten

Ziel der Behandlung:

Positive Effekte auf den Gesundheitsstatus der Patientin / des Patienten durch regelmässige Bewegungstherapie

Behandlungsmethoden:

Physiotherapeut / Physiotherapeutin:

GLN:

Datum:

Unterschrift: