

Bericht der Physiotherapie

Patient / Arbeitgeber

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geb.Dat/AHV:

Geschlecht/Tel:

Arbeitgeber:

Strasse:

PLZ/Ort:

Versicherung

Fall-/Unfall-Nr.:

Fall-/Unfall-Datum:

Gesetz:

Daten

Überweisungsdiagnose

Behandlungsziele

Relevantes Assessment z.B Messung von Gelenkbeweglichkeit, Kraft, Schmerzen - Nennung von Methode und Messwert

Eintrittsmessung:

Aktuelle Messung :

Kooperation des Patienten

- gut genügend inkonsistent Symptomausweitung

Beurteilung / Prozedere / Fragestellungen

Entscheidungshilfe zur Arbeitsfähigkeit

Zumutbare Arbeitsfähigkeit aus physiotherapeutischer Sicht ab: :

Physiotherapie Institut

Datum:

Unterschrift: _____
bei elektronischer Einsendung unötig

GLN, ZSR: