

**Physiotherapie-Verordnung Schmerzlinik Basel**

<input type="checkbox"/> erste <input type="checkbox"/> zweite <input type="checkbox"/> dritte <input type="checkbox"/> vierte <input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung <input type="checkbox"/> Telefonische Rücksprache vor Beginn der Therapie gewünscht <input type="checkbox"/> Schrittmacherpatient		
(Patientenkleber)	<b>Für die aktuelle Behandlung relevante Diagnosen zur Indikation der Position: *7311 Aufwändige Physiotherapie</b>	<b>Physiotherapie</b> <input type="checkbox"/> Bewegungstherapie <input type="checkbox"/> Klassische Massage <input type="checkbox"/> Cervikale Extensions-Massage <input type="checkbox"/> Massage reflexogener Zonen  <input type="checkbox"/> Instruktion mit Hilfsmittelabgabe  <b>Gruppentherapie</b> <input type="checkbox"/> MTT <input type="checkbox"/> Gruppengymnastik <b>Lymphdrainage</b> <input type="checkbox"/> Lymphdrainage <b>Domizilbehandlung</b> <input type="checkbox"/> Hausbesuch <b>Zusätzliche Leistungen</b> <input type="checkbox"/> Cryo-Air <input type="checkbox"/> Eisapplikation <input type="checkbox"/> Packung warm <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Iontophorese mit ..... <input type="checkbox"/> Ultraschall mit .....W/cm2 <input type="checkbox"/> Extension HWS <input type="checkbox"/> Extension LWS <input type="checkbox"/> Medi-Mouse  <b>Material</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <b>Verordnetes Hilfsmittel:</b>
<b>Ziel der Therapie:</b>		
<input type="checkbox"/> Aufwändige KgB gemäss Indikation* (Detail ankreuzen) <input type="checkbox"/> KgB/Massage (Detail ankreuzen) <input type="checkbox"/> KgB/Massage 2 x täglich <b>Anzahl gesamt:                    pro Woche:</b>		
Datum:  Unterschrift und Stempel Arzt  <input type="checkbox"/> Abschlussbericht erwünscht		
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall	<b>* Indikation für aufwändige Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Cerebrale/medulläre Bewegungsstörungen <input type="checkbox"/> Schwere funktionelle Störungen aufgrund Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Polyradiculitiden <input type="checkbox"/> Mehrfache Verletzungen <input type="checkbox"/> Mehrfache Operationen <input type="checkbox"/> Multimorbidität	<input type="checkbox"/> Cryo-Air <input type="checkbox"/> Eisapplikation <input type="checkbox"/> Packung warm <input type="checkbox"/> Elektrotherapie <input type="checkbox"/> Iontophorese mit ..... <input type="checkbox"/> Ultraschall mit .....W/cm2 <input type="checkbox"/> Extension HWS <input type="checkbox"/> Extension LWS <input type="checkbox"/> Medi-Mouse  <b>Material</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <b>Verordnetes Hilfsmittel:</b>
<b>Diagnosen:</b>		
		(MiGeL-Nummer gemäss Artikel-Liste).