



Logo Praxis

Therapiebericht an den verordnenden Arzt:

Arzt: (Name, Adresse, Fax)

.....

Patient : (Name , Vorname, Geb. Datum)

.....

Verordnungsdatum:

Erste Behandlung: Letzte Behandlung:.....

Diagnose lt. Heilmittelverordnung:

.....
.....

Erstverordnung Folgeverordnung
Verordnung außerhalb des Regelfalls

Physiotherapeutischer Kurzbefund bei Behandlungsbeginn
Im Verlauf Endbefund

.....
.....
.....
.....
.....

Therapieziel:

.....
.....

Behandlungsunterbrechung Behandlungsabbruch

.....

Prognostische Einschätzung aus physiotherapeutischer Sicht,
ggf. Vorschläge zur Änderung des Therapieplans bzw. Verordnung:

.....
.....
.....
.....

Behandler:.....Datum,Unterschrift:.....