







Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV Geschäftsfeld Invalidenversicherung

## Kostengutsprachegesuch für Langzeitbehandlung

Personalien		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Ärztliche Einschätzung		
Empfehlungen zur Therapie (von d	der verordnenden Person auszu	füllen)
Dauer (Anzahl Wochen):	Frequenz:	
Empfehlung:		
Arzt / Ärztin:		
CIN		
GLN: Datum:	Untersch	nit:
Physiotherapeutische Einschätzung		
Empfehlungen zur Therapie (von d	der behandelnden Person auszi	ufüllen)
Dauer (Anzahl Wochen):	Dauer pro Sitzung (Minute	n): Frequenz:
Ziel der Behandlung:		
Behandlungsmethoden:		
Physiotherapeut / Physiotherapeutin:		
GLN: Datum:	Unterschi	rift: