

Verordnung zur physikalischen Therapie

Nr. _____

überreicht durch (Stempel)

Personalien:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Beruf

Arbeitgeber

PLZ/Ort

Telefon Geschäft

Versicherer/Kostenträger

Vers.-/Unfall-/Zusatzvers.- Nr.

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

Krankheit

Unfall

Invalidität

Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):

Verordnung: erste

zweite

dritte

vierte

Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

(durch Arzt/Ärztin ausfüllen, wenn gewünscht)

Massagen (klassische Massage, Funktions-/Mobilitätsmassage)

Reflexzonentherapie (FRZ, BGM, Migränetherapie)

Physikalische Entstauung (MLD/KPE, Oedemtherapie)

Elektrotherapie

Hydrotherapie/Balneologie (Wickel, Packung)

Verbesserung der Muskelfunktion/Gelenkfunktion

Analgesie/Entzündungshemmung

Verbesserung der cardio-pulm. Funktion

Funktioneller Verband (Tape, Bandage, Bestrumpfung)

Instruktion

Spezielles _____

Anzahl Behandlungen: Domizilbehandlung

pro Tag 2 Behandl. Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Gerätevermietung

Der/die med. Masseur/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/ der Ärztin die Massnahmen der physikalischen Therapie wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: _____

Med. Masseur/in (Stempel): EMR-Nr. _____

Datum:

Unterschrift:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen:

