

## 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:
