

# 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)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM, Migränetherapie)
- Physikalische Entstauung (Manuelle Lymphdrainage / KPE)
- Elektrotherapie
- Hydrotherapie/Balneologie (Wickel, Packung)
- Verbesserung der Muskelfunktion/Gelenkfunktion
- Analgesie/Entzündungshemmung
- Massagen (klassische Massage, Funktions-/Mobilitätsmassage)
- Funktioneller Verband (Tape, Bandage, Bestrumpfung)
- Instruktion
- Spezielles \_\_\_\_\_
- pro Tag 2 Behandl.       Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_

**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): ZSR-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_      Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_