

Verordnung zur physikalischen Therapie / medizinischen Massage

Personalien

Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ / Ort
Telefon Privat
Beruf
Arbeitgeber
PLZ / Ort
Telefon Geschäft
Versicherer
Vers./Unfall-Nr.

Therapiepunkt Beat Ulrich
med. Masseur FA
Strehlgasse 32
8600 Dübendorf

Diagnose

- Krankheit Unfall Invalidität
 separate Zustellung an Vertrauensarzt

Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Verordnung:	<input type="checkbox"/> erste	<input type="checkbox"/> zweite	<input type="checkbox"/> dritte	<input type="checkbox"/> vierte	<input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung
-------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

Ziel der Behandlung:

- Analgesie / Entzündungshemmung
- Verbesserung der Muskel-/Gelenkfunktion
- Verbesserung der Gewebstrophik
- Verbesserung der cardio-pulm. Funktion
- Entstauung
- Instruktion
- Anderes:

Massnahmen der physikalischen Therapie:

(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn gewünscht)

- Massagen (KLM, Triggerpunkt, Funktions-/Mobilisierungsm.)
- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
- Physikalische Entstauung (MLD/KPE)
- Funktioneller Verband (Tape, Bandage, Bestrumpfung)
- Elektrotherapie
- Wärme-/Kälteanwendungen
- Anderes:

Anzahl Behandlungen: _____ Domizilbehandlung pro Tag 2 Behandlungen Kontrolle nach _____ Behandlungen

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

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.:

Med. Masseur/in:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: