

Physikalische Therapie

Med. MasseurIn EFA

Personalien

Name: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon: _____
 Arbeitgeber: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Geschäft: _____
 Versicherung: _____
 Vers.-/Unfall-Nr.: _____

Krankheit Unfall Invalidität

Therapeut

Therapiepunkt Beat Ulrich
 Strehlgasse 32
 8600 Dübendorf

Mobile 079 375 89 55
 therapiepunkt@icloud.com
 www.therapiepunkt.ch
 ZSR C081861

Diagnose (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

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

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Entstauung
- _____
- _____
- _____
- _____

Anzahl Behandlungen:

- ~~Domizilbehandlung~~
- pro Tag
- Arztkontrolle nach Behandlungen

KSK-Nr.

Arzt/Ärztin (Stempel)

Therapie:

- Medizinische Massage
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- ~~Funkt. Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)~~
- ~~Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung~~
- ~~Elektro-, Laser- oder Stosswellentherapie~~
- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
- Instruktion, Gymnastik
- _____

Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen