

Personalien:

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

Krankheit     Unfall     Invalidität

Therapeut:

Therapiepunkt Beat Ulrich  
Strehlgasse 32  
8600 Dübendorf  
  
med. Masseur eidg. FA / ZSR C081861  
Tel: 079 375 89 55  
Mail: bul@therapiepunkt.ch

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

**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
- 
- 

Therapie:

- Medizinische Massagen
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- ~~Funktionseller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)~~
- ~~Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung~~
- Elektrotherapie, Lasertherapie, Stosswellentherapie
- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
- Instruktion, Gymnastik
- 

Anzahl Behandlungen:

Domizilbehandlung     pro Tag     Arztkontrolle nach  Behandlungen

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

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.:

Therapeut/Therapeutin

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: