

Therapieverordnung

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

Diagnose

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

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.

Arzt/Ärztin (Stempel)

KSK-Nr.

Datum

Unterschrift

Bemerkungen