

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

Studio massaggi medicali

Verena Heimberg

Via Golena 11

6512 Giubisco

+41 79 443 34 26

studio@massaggimed.ch

GLN: 7601001726680

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
-
-
- Reflexzonen-therapie (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