

Verordnung zur medizinischen Massage Datum

Personalien

Empfänger: _____

Name
Vorname
Geburtsdatum Geschlecht
Strasse
PLZ/Ort
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Versicherer

Versicherungsdaten

Name Behandlungsgrund
Strasse Gesetz/Vers.-Nr
PLZ/Ort Unfall-Nr./-Datum

Massagetherapeutische Behandlung / Diagnose (durch den Arzt/Ärztin auszufüllen)

Therapiemassnahmen

Ziel der Behandlung

- Medizinische Massage
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
- Funktioneller Verband (Tape, Bandage etc.)
- Elektrotherapie
- Instruktion, Gymnastik
- Anderes

Verordnung Arztkontrolle nach Behandlungen
Anzahl Behandlungen Domizilbehandlung Langzeitbehandlung pro Tag 2 Behandlungen

Diagnose / Bemerkungen

Arzt/Ärztin

Med. MasseurIn

GLN ZSR GLN ZSR
Tel. Fax Tel. Fax
Mail Mail

**Elektronische
Übermittlung**