

# Verordnung zur medizinischen Massage Datum

## Personalien

Empfänger: \_\_\_\_\_

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

## Versicherer

Name  
Strasse  
PLZ/Ort

## Versicherungsdaten

Behandlungsgrund  
Gesetz/Vers.-Nr  
Unfall-Nr./-Datum

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

### Therapiemassnahmen

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

### Ziel der Behandlung

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

### Diagnose / Bemerkungen

## Arzt/Ärztin

## Med. MasseurIn

GLN ZSR  
Tel. Fax  
Mail

GLN ZSR  
Tel. Fax  
Mail

### Elektronische Übermittlung