

# Therapieverordnung Physikalische Therapie

Komplementärmedizin

Personalien:

Therapeut:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Mobile:

Arbeitgeber:

PLZ/Ort:

Telefon Geschäft:

Versicherung:

Vers.-/Unfall-Nr.:

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

Krankheit

Unfall

Invalidität

**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

Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)

Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung

Elektrotherapie, Lasertherapie, Stosswellentherapie

Reflexzonen-therapie (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: