

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 (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

Therapie:

Medizinische Massage
Gelenkmobilisation
Manuelle Lymphdrainage
Funkt. Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)
Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung
Elektro-, Laser- oder Stosswellentherapie
Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
Instruktion, Gymnastik

Anzahl Behandlungen:

Domizilbehandlung
pro Tag
Arztkontrolle nach

Behandlungen

KSK-Nr.

Arzt/Ärztin (Stempel)

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