

Therapieverordnung Medizinischen Massage

Personalien:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Versicherer

Vers.- / Unfall-Nr.



Vadosano GmbH
Wilerstrasse 1a
9230 Flawil
071 393 33 50

Diagnose:

Empty box for diagnosis.

Krankheit Unfall Invalidität

Behandlungen (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

- Analgesie / Entzündungshemmung
- Detonisierung der Muskulatur
- Verbesserung der Gelenksfunktion
- Entstauung
- Anderes: _____

Anzahl Behandlungen: ____

Therapeutische Massnahmen:

- Massagetechniken (klassische Massage, Triggerpunkttherapie, Bindegewebsmassage)
- Lymphdrainage
- Fussreflexzonen Therapie
- Elektrotherapie
- Wärmeapplikation

Arztkontrolle nach ____ Behandlungen

Arzt/Ärztin (Stempel) / ZSR-Nr.: _____

Empty box for doctor's stamp/signature.

Therapeut/in (Stempel) / ZSR-Nr.: _____

Empty box for therapist's stamp/signature.

Datum

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Bemerkungen

Die Behandlung durch den med. Masseur eidg. FA kann über die Komplementärversicherung der Krankenkasse oder bei Unfall über die Unfallversicherung abgerechnet werden. Erkundigen Sie sich bei ihrer Krankenkasse bzw. Unfallversicherung über den Umfang der Vergütung.