

# Therapieverordnung Physikalische Therapie

Komplementärmedizin

Personalien:

Name:   
Vorname:   
Geburtsdatum:   
Strasse:   
PLZ/Ort:   
Telefon Privat:   
Mobile:   
Arbeitgeber:   
PLZ/Ort:   
Telefon Geschäft:   
Versicherung:   
Vers.-/Unfall-Nr.:

Krankheit  Unfall  Invalidität

Therapeut:

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

**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: