

# 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  
Reflexzonen-therapie (FRZ, BGM)  
Instruktion, Gymnastik

Der/die Therapeut/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

**Anzahl Behandlungen:**

Domizilbehandlung  
pro Tag

Arztkontrolle nach  Behandlungen

KSK-Nr. \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin (Stempel)

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen

\_\_\_\_\_