

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

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Anzahl Behandlungen:

☐ Domizilbehandlung

☐ pro Tag

☐ Arztkontrolle nach Behandlungen

KSK-Nr. _____

Arzt/Ärztin (Stempel)

Therapie:

☐ Medizinische Massage

☐ Gelenkmobilisation

☐ Manuelle Lymphdrainage

☐ Funkt. Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)

☐ Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung

☐ Elektro-, Laser- oder Stosswellentherapie

☐ Reflexzonentherapie (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.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen
