**Therapieverordnung**

**Physikalische Therapie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Therapeut: |
| **Personalien:** |  | Goodcom GmbHc/o Praxis AllemannGabriela Allemann / Barbara ZauggEystrasse 643422 KirchbergEMR-ASCA-Nummer: L155960 / I244863 |
| Name       |  |
| Vorname       |  |
| Geburtsdatum       |  |
| Strasse       |  |
| PLZ/Ort       |  |
| Telefon Privat       |  |
| Mobile       |  |  |
|  |  | **Diagnose:** |
| Arbeitgeber       |  | [ ]  Separate Zustellung an Vertrauensarzt |
| PLZ/Ort       |  |        |
| Telefon Geschäft       |  |
|  |  |
| Versicherung       |  |
| Zusatzversicherung       |  |
| Vers.-/Unfall-Nr.       |  |
| [ ] Krankheit [ ] Unfall [ ] Invalidität |  |

|  |
| --- |
| **Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):** |
| Verordnung: [ ]  erste [ ]  zweite [ ]  dritte [ ]  vierte [ ]  Langzeitbehandlung |
| **Ziel der Behandlung:** | **Therapie** |
| [ ]  Analgesie/Entzündungshemmung | [ ]  Medizinische Massagen |
| [ ]  Verbesserung der Muskelfunktion | [ ]  Gelenkmobilisation |
| [ ]  Verbesserung der Gelenkfunktion | [ ]  Manuelle Lymphdrainage |
| [ ]  Propriozeption/Koordination | [ ]  Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape) |
| [ ]  Entstauung | [ ]  Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung |
| [ ]        | [ ]  Elektrotherapie |
| [ ]        | [ ]  Reflexzonentherapie (FRZ, BGM) |
|  | [ ]  Instruktion Gymnastik |
|  | [ ]        |
| Anzahl Behandlungen:      [ ]  Domizilbehandlung [ ]  pro Tag 2 Behandl. [ ]  Arztkontrolle nach       Behandlungen |
| **Der/die Med. Masseur/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.:       |  |
|       | Datum:      Unterschrift: |

|  |
| --- |
| Bemerkungen:       |