**Therapieverordnung**

**Physikalische Therapie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | Therapeut: |
| **Personalien:** |  | | Goodcom GmbH  c/o Praxis Allemann  Gabriela Allemann / Barbara Zaugg  Eystrasse 64  3422 Kirchberg  EMR-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: |