

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

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.

KSK-Nr.

Arzt/Ärztin (Stempel)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bemerkungen