

# Verordnung zur medizinischen Massage Datum

## Personalien

Empfänger: \_\_\_\_\_

Name  
Vorname  
Geburtsdatum Geschlecht  
Strasse  
PLZ/Ort  
AHV-Nr.  
Telefon  
Mail

## Versicherer

## Versicherungsdaten

Name Behandlungsgrund  
Strasse Gesetz/Vers.-Nr  
PLZ/Ort Unfall-Nr./-Datum

## Massagetherapeutische Behandlung / Diagnose (durch den Arzt/Ärztin auszufüllen)

### Therapiemassnahmen

### Ziel der Behandlung

- Medizinische Massage
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- Reflexzonentherapie (FRZ, BGM)
- Funktioneller Verband (Tape, Bandage etc.)
- Elektrotherapie
- Instruktion, Gymnastik
- Anderes

Verordnung Arztkontrolle nach Behandlungen  
Anzahl Behandlungen  Domizilbehandlung  Langzeitbehandlung  pro Tag 2 Behandlungen

### Diagnose / Bemerkungen

Der/die MassagetherapeutIn kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die massagetherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

## Arzt/Ärztin

## MassagetherapeutIn

GLN	ZSR	GLN	ZSR
Tel.	Fax	Tel.	Fax
Mail		Mail	

### Elektronische Übermittlung