

Personalien:
Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse
PLZ/Ort
Telefon Privat
Mobile
Arbeitgeber
PLZ/Ort
Telefon Geschäft
Versicherung
Zusatzversicherung
Vers.-/Unfall-Nr.

Krankheit       Unfall       Invalidität

Therapeut: \_\_\_\_\_

## Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

## Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):

Verordnung:     erste       zweite       dritte       vierte       Langzeitbehandlung

### Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Entstauung
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Therapie

- Medizinische Massagen
- Gelenkmobilisation
- Manuelle Lymphdrainage
- Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)
- Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung
- Elektrotherapie, Lasertherapie, Stosswellentherapie
- Reflexzonen-therapie (FRZ, BGM)
- Instruktion Gymnastik
- \_\_\_\_\_

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_

Domizilbehandlung       pro Tag       Arztkontrolle nach \_\_\_\_\_ Behandlungen

**Der/die Therapeut 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.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Therapeut / Therapeutin

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: