

Ärztliche Verordnung für Medizinische Massage

Verordnender Arzt (Stempel)

Therapeutin

massano
Frau S. Zürcher-Sieber
Med. Masseurin FA SRK
Hauptstr. 56
4522 Rüttenen

Datum/Unterschrift _____

Datum/Unterschrift _____

PatientIn

Name
Vorname
Geb.-Datum
PLZ/Ort
Tel. P/N
Tel. G
Versicherer

Diagnose (bitte in Blockschrift)

.....
.....
.....
.....

Behandlungsgrund Krankheit Unfall
Unfall-Nr. _____

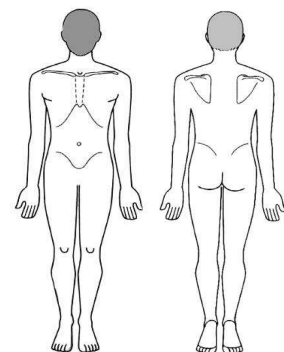
Behandlungsziel

- Abschwellung
- Dehnung Muskulatur
- Entstauung
- Haltungskorrektur
- Instruktion PatientIn
- Kräftigung Muskulatur
- Propriozeption/Koordination
- Schmerzlinderung
- Stabilisierung
- Verbesserung Gelenkfunktion
-
-

Verordnung

- Bindegewebe-Therapie
- Fussreflexzonen-Therapie
- Hydrotherapie/Wickel
- Klassische Massage
- Lymphdrainage
- Elektro-Therapie
- Ultraschall-Therapie
- Schröpfen

Lokalisation



Anzahl Sitzungen Total

Mündliche Rücksprache mit Arzt/Ärztin vor Beginn / nach Abschluss der Therapie

Ärztliche Verlaufskontrolle nach Sitzungen

Kurzer schriftlicher Bericht nach Abschluss der Therapie

Spezielle Hinweise

- Radio-/Chemotherapie
- OP-Datum
- Belastbarkeit
- Herz-/Lungeninsuffizienz
- Antikoagulation
- Herzschrittmacher
- Schilddrüse Unter-/Überfunktion
-