

# Ärztliche Verordnung für Massnahmen im physikalischen Bereich

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Tel Priv.: \_\_\_\_\_  
Tel G: \_\_\_\_\_  
Versicherer: \_\_\_\_\_  
Vers./Unfall-Nr. : \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Gesundheitspraxis R. Mayer GmbH**  
**für Naturheilkunde und medizinische Therapien**  
**Schaffhauserstrasse 96**  
**8180 Bülach**

Tel: 044 860 19 89 /

Mail: [info@gsundmayer.ch](mailto:info@gsundmayer.ch)

Komplementärzusatzversicherung:  ja  nein  muss abgeklärt werden

Diagnose / Befund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankheit  Unfall  Invalidität

## Ziel der Behandlung:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analgesie/Entzündungshemmung        | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gelenksfunktion |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Muskelfunktion     | <input type="checkbox"/> Propriozeption/Koordination      |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung des Allgemeinzustandes | <input type="checkbox"/> Entstauung                       |
| <input type="checkbox"/> _____                               | <input type="checkbox"/> _____                            |

## Therapie:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medizinische Massagen                 | <input type="checkbox"/> Reflexzonen-therapie (FRZ, BGM) |
| <input type="checkbox"/> Gelenkmobilisation                    | <input type="checkbox"/> Ohrakupunktur                   |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Lymphdrainage                | <input type="checkbox"/> Passives Dehnen                 |
| <input type="checkbox"/> Funktioneller Verband (Bandage, Tape) | <input type="checkbox"/> Dorn-Therapie                   |
| <input type="checkbox"/> Akupunktmassage                       | <input type="checkbox"/> Neurofeedback, EEG Biofeedback  |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapie                       | <input type="checkbox"/> Ultraschall                     |
| <input type="checkbox"/> Hydrotherapie, Wickel/Packung         | <input type="checkbox"/> TEN / Phytotherapie             |

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_\_ pro Woche: \_\_\_\_\_ 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.*

Datum: \_\_\_\_\_

Arztstempel, KSK-Nr:

Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift: