

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

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"/> Reflexzonentherapie (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, Bestrumpfung, Tape) | <input type="checkbox"/> Craniosacrale Therapie |
| <input type="checkbox"/> Akupunkturmassage | <input type="checkbox"/> Osteopathie |
| <input type="checkbox"/> Elektrotherapie | <input type="checkbox"/> Ultraschall |
| <input type="checkbox"/> Instruktion, Gymnastik | <input type="checkbox"/> Hydrotherapie, Wickel/Packung |
| <input type="checkbox"/> Neurofeedback, EEG Biofeedback | <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: