

# Physikalische Therapie

## Med. MasseurIn EFA

### Personalien

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
 Versicherung: \_\_\_\_\_  
 Vers./Unfall-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankheit                  Unfall                  Invalidität

### Therapeut

### Diagnose (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

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

**Verordnung:**                  erste                  zweite                  dritte                  vierte                  Langzeitbehandlung

#### Ziel der Behandlung:

Analgesie/Entzündungshemmung  
 Verbesserung der Muskelfunktion  
 Verbesserung der Gelenkfunktion  
 Propriozeption/Koordination  
 Entstauung

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

#### Therapie:

Medizinische Massage  
 Gelenkmobilisation  
 Manuelle Lymphdrainage  
 Funkt. Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape)  
 Hydrotherapie/Balneologie, Wickel/Packung  
 Elektro-, Laser- oder Stosswellentherapie  
 Reflexzonen-therapie (FRZ, BGM)  
 Instruktion, Gymnastik

#### Anzahl Behandlungen:

Domizilbehandlung  
 pro Tag

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.

KSK-Nr.

Arzt/Ärztin (Stempel)

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen