

Ärztliche Verordnung zur Medizinischen Massage

Personalien:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Versicherer _____

Vers.-/Unfall-Nr. _____

Praxis für Medizinische Massage
R. Bollhalder med. Masseur FA SRK
Bleichstrasse 11
9000 St. Gallen
Telefon 071 223 13 66

Diagnose:

Krankheit Unfall Invalidität

Behandlungen (durch Arzt/Ärztin ausfüllen):

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Detonisierung der Muskulatur
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Entstauung
- Anderes:.....

Therapeutische Massnahmen:

- Kl. Massage inkl. Triggerpunktbehandlung
- Bindegewebsmassage
- Lymphdrainage
- Fussreflexzonentherapie
- Elektrotherapie
- Wickel/Wärmeapplikation

Anzahl Behandlungen:.....

Arztkontrolle nach.....Behandlungen

Arzt/Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: _____

Therapeut/in (Stempel): KSK-Nr.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: _____

Die Behandlung beim med. Masseur FA SRK kann über die Komplementärversicherung der Krankenkasse oder bei Unfall über die Unfallversicherung abgerechnet werden. Erkundigen Sie sich beim Therapeuten oder bei Ihrer Krankenkasse bzw. Unfallversicherung über den Umfang der Vergütung.