



ÄRZTLICHE VERORDNUNG ZUR MEDIZINISCHEN MASSAGE ©

DURCH ÄRZTIN / ARZT AUSZUFÜLLEN

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon Privat: _____ Telefon Geschäft: _____
Krankenkasse: _____ Vers./Unfall-Nr. _____
Diagnose: _____

Krankheit Unfall Prävention Invalidität

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

- Teilmassage:** obere Extremitäten
Rücken / Nacken
- Teilmassage:** untere Extremitäten
Beine / Gesäss
- Manuelle Lymphdrainage**
ohne Bandage
- Fussreflexzonenmassage**
- Akupunkturmassage**
- Teilmassage:** mit Wärmepackung
- Teilmassage:** mit Kälteauflagen
- Manuelle Lymphdrainage**
mit Bandage
- Bindegewebsmassage**
- Schröpfen**

Spezielles: _____

Anzahl Behandlungen: -mal pro Woche
Arztkontrolle nach Behandlungen

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____
Therapeut(in): KSK-Nr.: E 709378

Datum: _____ Datum: _____



Dieses Formular wird vom Schweizerischen Verband der Berufsmasseure nur an Mitglieder abgegeben, welche den Fähigkeitsausweis SRK besitzen und berechtigt sind, sich Med. Masseur(in) FA zu nennen.