

Verordnung zur medizinischen Massage

Personalien	Diagnose
Name/Vorname	
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtstag	
Telefon Privat	
Email	
Zusatzversicherung	

Medizinische Massage (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Verordnung: <input type="checkbox"/> erste <input type="checkbox"/> zweite <input type="checkbox"/> dritte <input type="checkbox"/> vierte <input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung
--

Ziel der Behandlung:

- Bessere muskuläre-/ und fasziale Beweglichkeit (KLM/BGM)
 - Nacken
 - Arme / Hände
 - Rumpf Ventral
 - Rumpf Dorsal
 - Hüfte
 - Beine / Füsse
- Ödemreduktion (MLD)
- Aktivierung Parasymphathikus (FRZ/MLD)
- Sonstiges _____

Anzahl Behandlungen: _____ <input type="checkbox"/> Arztkontrolle nach _____
--

Der/die med. Masseur/in kann mit dem Einverständnis des Arztes/der Ärztin die massagetherapeutische Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Arzt/Ärztin (Stempel): _____

Muscularia (Stempel): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Bemerkungen: