



**Therapieverordnung
Physikalische Therapie**

Sanoline
Praxis für Gesundheit und Wohlbefinden
Brügglistrasse 19
8852 Altendorf
055 442 52 52

Therapeut: Karine Handlery

Personalien:
Name
Vorname
Geburtsdatum
Strasse, PLZ / Ort
Telefon privat
Mobile
Arbeitgeber
Telefon Geschäft
Versicherer / Kostenträger
Zusatz-/Unfallversicherung

Diagnose:

Separate Zustellung an Vertrauensarzt

Krankheit Unfall Invalidität

Behandlung in der physikalischen Therapie (durch Arzt / Ärztin ausfüllen):

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung (durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Therapiemassnahmen:

Med. Massagen Reflexzonentherapie manuelle Lymphdrainage Elektrotherapie, Ultraschall
 Funktioneller Verband (Bandage, Bestrumpfung, Tape) Hydrotherapie/Balneologie (Wickel, Packung)

Anzahl Behandlungen: _____

pro Tag: _____ Arztkontrolle nach _____ Behandlungen

Der/die Therapeut kann mit dem Einverständnis des Arztes/Ärztin die therapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienten Erreichung des Behandlungsziels beiträgt.

Arzt / Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: _____

Therapeut / Therapeutin

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: