ÄRZTLICHE VERORDNUNG

Medizinische Massage

Patientin / Patient

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Zusatzversicherung

Grund: ☐ Krankheit ☐ Unfall

Ärztliche Angaben

Diagnose / Indikation

Verordnung: ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ Langzeitbehandlung

Behandlungsziele und Methoden

☐ Verbesserung der muskulären und faszialen Beweglichkeit (KLM / BGM)

- ☐ Nacken
- ☐ Arme / Hände
- ☐ Rumpf ventral
- ☐ Rumpf dorsal
- ☐ Hüfte
- ☐ Beine / Füsse

☐ Ödemreduktion (MLD)

☐ Unterstützung der Entspannung (FRZ / MLD)

☐ Sonstiges:

Anzahl Behandlungen

Ärztliche Kontrolle nach

Ein Methodenwechsel ist mit Einverständnis der verordnenden Ärztin / des verordnenden Arztes möglich, sofern er der Erreichung des Behandlungsziels dient.

Stempel und Unterschriften

Ärztin / Arzt

CuraMusc

Datum / Unterschrift

Datum / Unterschrift

Bemerkungen: