

Ärztliche Verordnung für komplementärmedizinische Behandlung

Personalien

Name Vorname: _____ Versicherung: _____

Strasse: _____ Police Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Geb. Datum: _____

Tel./Mobile: _____ E-Mail: _____

Informationen für LeistungserbringerIn

Hauptbeschwerden:

Bemerkungen:

Anzahl Behandlungen:

Diese Verordnung ist ab der ersten Behandlung für 12 Monate gültig.

Überweisung für folgende Therapieform (* Krankenkassenanerkannt mit Zusatzversicherung)

manuelle Therapie*

- medizinische Massage
- osteopathische Körperarbeit
- man. Lymphdrainage
- Fussreflexzonenmassage
- Fascien-NarbenTherapie

Bewegungstherapie*

- Mobilisation
- Kräftigung
- Spiraldynamik®
- Haltungsschulung

Gerätetherapie*

- Lasertherapie
- Ultraschall
- Elektrotherapie
- Elektroakupunktur

integrative Prozessbegleitung

- Therapiewahl durch den Therapeuten, der Diagnose der Ärztin/des Arztes entsprechend

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

ZSR-Nummer: _____