

VERORDNUNG ZUR MEDIZINISCHEN MASSAGE BEI SERAMED GMBH

Personalien Diagnose

| | |
|---|---|
| Name Vorname Geburtsdatum Strasse PLZ/Ort Telefon privat E-Mail Zusatzversicherung AHV Nummer | <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Invalidität |
|---|---|

Behandlung (durch Ärztin/Arzt auszufüllen)

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitbehandlung

Ziel der Behandlung Massnahmen / Methoden

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analgesie / Entzündungshemmung <input type="checkbox"/> Verbesserung Bewegungseinschränkung <input type="checkbox"/> Entstauung <input type="checkbox"/> Hyperämisierung <input type="checkbox"/> Detonisierung Muskulatur <input type="checkbox"/> Organfunktion verbessern | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (durch Ärztin/Arzt auszufüllen, falls erwünscht) </div> |
|--|--|

Anzahl Behandlungen: _____

Die Behandlungen können nur über eine Zusatzversicherung abgerechnet werden. Die Medizinischen MasseurInnen können mit dem Einverständnis der ÄrztInnen die medizinischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

Ärztin/Arzt (Stempel) Med. Masseur*in (Stempel)

| | | | |
|--------|---------------|--------|---------------|
| Datum: | Unterschrift: | Datum: | Unterschrift: |
|--------|---------------|--------|---------------|
