

Ärztliche Anweisung für therapeutische Massnahmen

Vorname/Name: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon/Mobile _____
Versicherer: _____
Vers.-/Unfall-Nr.: _____
Krankheit Schwangerschaft Unfall IV

Diagnose / Befund: _____

Behandlungsziel:

- Analgesie/Entzündungshemmung
- Verbesserung Muskelfunktion
- Verbesserung Gelenksfunktion
- Propriozeption/Koordination
- Entstauung
- Instruktion
- Vitalstoffoptimierung
- Anderes _____

Therapie:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Med. Massage | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Lymphdrainage | <input type="checkbox"/> Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Reflexzonentherapie | <input type="checkbox"/> Baunscheidtieren |
| <input type="checkbox"/> Passive Bewegung | <input type="checkbox"/> Elektrotherapie |
| <input type="checkbox"/> Kompression, Taping | <input type="checkbox"/> Wickel / Umschläge |
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Phytotherapie |

Anzahl Behandlungen: ____ Pro Tag / pro Woche ____ Behandlungen
 Domizilbehandlung
Arztkontrolle nach ____ Behandlungen

Arzt/Ärztin, KSK-Nr.:

Datum/Unterschrift

naturheilkunderey ist Mitglied: EMR Erfahrungsmedizinisches Register, SVANAH Schweizer Verband der anerkannten NaturheilpraktikerInnen, SNE Stiftung für Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin, SSAAMP Swiss Society for Anti Aging Medicine and Prevention