

Verordnung zur medizinischen Massage

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/ Ort: _____
Tel: _____
Krankenkasse: _____
Sektions- Mitgliedsnummer: _____

Diagnose

Therapeutische Behandlung:

- Teilmassage obere Extremitäten
- Teilmassage untere Extremitäten
- Schulter- Nackenmassage
- Ganzkörpermassage
- Manuelle Lymphdrainage
- Teil- Lymphdrainage obere Extremitäten
- Teil- Lymphdrainage untere Extremitäten

Anzahl Behandlungen: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes