



## Verordnung zur Klassischen Massage / Lymphdrainage

Name / Vorname .....

Strasse, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Geb.dat. ....

Telefon + E-Mail .....

Beruf .....

Krankenkasse .....

Zusatzversicherung .....

Vers./Unfall-Nr. ....

### Diagnose .....

- Krankheit  Unfall  Invalidität

**Verordnung**  erste  zweite  dritte  vierte  Langzeitbehandlung

### Ziel der Behandlung

- Analgesie / Entzündungshemmung
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Entstauung
- Anderes: .....
- Spezielles: .....

- Anzahl Behandlungen .....
- Arztkontrolle nach ..... Behandlungen

Arzt / Ärztin (Stempel): KSK-Nr.: .....

Datum ..... Unterschrift .....