



Sandra Oechsli-Seiler
med. Masseurin FA SRK

Eisenbahnstrasse 17
8840 Einsiedeln
www.chicasa.ch

Tel. 055 422 28 80
Fax 055 422 28 81

ÄRZTLICHE VERORDNUNG ZUR MEDIZINISCHEN MASSAGE®

DURCH ÄRZTIN / ARZT AUSZUFÜLLEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Telefon Privat:	_____	Telefon Geschäft:	_____
Krankenkasse:	_____	Vers./Unfall-Nr.	_____
Diagnose:	_____		

Krankheit	Unfall	Prävention	Invalidität
☐	☐	☐	☐

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

- | | |
|---|--|
| ☐ Teilmassage: obere Extremitäten
<i>Rücken / Nacken</i> | ☐ Teilmassage: mit Wärmepackung |
| ☐ Teilmassage: untere Extremitäten
<i>Beine / Gesäss</i> | ☐ Teilmassage: mit Kälteauflagen |
| ☐ Manuelle Lymphdrainage
<i>ohne Bandage</i> | ☐ Manuelle Lymphdrainage
<i>mit Bandage</i> |
| ☐ Fussreflexzonenmassage | ☐ Bindegewebssmassage |
| ☐ Akupunkturmassage | ☐ Schröpfen |

Spezielles: _____

Anzahl Behandlungen: ☐ ☐ -mal pro Woche

Arztkontrolle nach ☐ Behandlungen

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Therapeut(in): KSK-Nr.: E 709378

Datum: _____

Datum: _____

Dieses Formular wird vom Schweizerischen Verband der Berufsmasseure nur an Mitglieder abgegeben, welche den Fähigkeitsausweis SRK besitzen und berechtigt sind, sich Med. Masseur(in) FA zu nennen.