

# Ärztliche Verordnung zur Massagetherapie

## Personalien Patient:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ / Ort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Versicherer:

Vers.-/Unfall-Nr.:

## Diagnose (im Interesse des Therapieerfolges bitte leserlich ausfüllen):

### Verordnung:

Beschwerden  Unfall  Invalidität  Prävention

Manuelle Therapie (Massage, Mobilisation)

Instruktion Ergonomie

### Anzahl Behandlungen:

Langzeitbehandlung, bis auf weiteres:

wöchentlich

monatlich

Arzt / Ärztin: ZSR-Nr. \_\_\_\_\_

Ausführende Praxis: ZSR-Nr. \_\_\_\_\_

Rückentherapie-Zentrum Zürich-Nord  
Info@therapie-zuerich.ch www.therapie-zuerich.ch  
ZSR-Nr. des Therapeuten wird nach Zuweisung auf dem Krankenkassen-  
Rückforderungsbeleg ersichtlich sein.

Datum:

Unterschrift Arzt / Ärztin: