

## THERAPIEVERORDNUNG

### Patient/Klient

---

Vorname

Name

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

---

### Diagnose

---

---

---

---

### Therapeutische Massnahme

---

Rhythmische Massage

Anzahl Behandlungen

Manuelle Lymphdrainage

Anzahl Behandlungen

Fussreflexzonenmassage

Anzahl Behandlungen

Bienenwachsauflage

---

### Therapeutisches Ziel

---

---

---

---

### Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

---

Datum/Unterschrift

---

Stempel

---