Medizinische Massagepraxis KURI Weinbergstrasse 25 8302 Kloten

Ärztliche Verordnung für alternative Behandlung

Personalien

Name / Vorname	Geburtsdatum
Strasse / Nr.	Telefon-Nr.
PLZ / Ort	Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

Informationen für Leistungserbringer / -in

Gültigkeit: Diese Verordnung ist ab dem Verordnungsdatum für 3 Monate gültig.

Hauptbeschwerden

Anzahl Behandlungen	Bemerkungen

Überweisung für

- ○ Akupunktur
- ○ Akupressur
- ○ Akupunktmassage
- ○ An-Mo
- ○ Anthroposophische Therapien
- ○ Alexander-Technik
- ○ Atemtherapie
- ○ Ayurveda-Medizin
- ○ Bindegewebsmassage
- ○ Bioresonanztherapie
- ○ Colon-Hydro-Therapie
- ○ Cranio-Sacral-Therapie
- ○ Elektroakupunkturtest nach Voll
- ○ Etiopathie
- ○ Eutonie
- ○ Feldenkrais-Methode
- ○ Fussreflexzonen-Massage
- ○ Heileurythmie
- ○ Homöopathie
- ○ Kinesiologie
- ○ Kunsttherapie (Bewegungs- und Tanztherapie, Drama- und Sprachtherapie, Gestaltungs- und Maltherapie, Intermediale Therapie, Musiktherapie)
- ○ Lymphdrainage
- ○ Medizinische Massagen
- ○ Meridian-Therapie
- ○ Moxibustion
- ○ Neuraltherapie
- ○ Organisch-rhythmische Bewegungsbildung (Lehrweise Medau)
- ○ Osteopathie
- ○ Traditionelle europäische Naturheilkunde (TEN)
- ○ Phytotherapie
- ○ Polarity
- ○ Psychomotorik
- ○ Rolfing / Strukturelle Integration
- ○ Shiatsu
- ○ Sophrologie
- ○ Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) (Akupunktur, An-Mo/Tui-Na, Arzneimitteltherapie nach TCM)
- ○ Tui-Na
- ○ Wirbelsäulen-Basis-Ausgleich
- ○ Zilgrei

Bitte beachten Sie:
Leistungen der Zusatzversicherung **Komplementär I** werden nur erbracht, wenn die Naturheilärzte, Heilpraktiker und Therapeuten die Anerkennungsvoraussetzungen erfüllen. Bitte überprüfen Sie vor Inanspruchnahme der Therapie, ob der Therapeut durch Visana anerkannt ist oder nicht. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Agentur oder auf unserer Therapeutenliste. Schicken Sie die Rechnung für die Behandlung zusammen mit einer Kopie dieser Verordnung an das für Sie zuständige Leistungszentrum von Visana. **Kosten für Behandlungen bei nicht anerkannten Therapeuten werden nicht übernommen.**

Ort / Datum	Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin