

Verordnung zur Myofunktionellen Therapie Methoden-Nr.212

Personalien Patient/In

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Krankenversicherung/Vers.Nr.:

Medizinische Diagnose

Therapeutische Massnahmen

- Krankheit Unfall Geburtsgebrechen
 Domiziltherapie JA NEIN

Craniofaziale und Myofunktionelle Therapie mit Ziel:

- Orofaziale Behandlung, Kompetenter Mundschluss, Korrekte Zungenruhelage, Physiologisches Schlucken
- Nasenatmung Habitabbau Narbenbehandlung
- Störung der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache
- Kiefergelenk /CMD Behandlung Anderes: _____

Name und Adresse verordnende/r Ärztin/Arzt

Name und Adresse Therapeut/In

Datum und Unterschrift Ärztin/Arzt

Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf

- schriftlich telefonisch nicht nötig
- Weiteres: _____