

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 3 Monate gültig.

Hauptbeschwerden

Anzahl Behandlungen	Bemerkungen
------------------------	-------------

Überweisung für

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

Bitte beachten Sie:

Leistungen für alternative Behandlungsformen (Komplementär I, II und Basic) werden nur erbracht, wenn die Behandlung durch Ärzte/Ärztinnen mit eidg. Diplom oder durch anerkannte Naturheilpraktiker/-innen oder anerkannte Therapeuten/-innen durchgeführt wird. Wir empfehlen unseren Versicherten, sich vor Behandlungsbeginn auf unserer Therapeutenliste oder bei der zuständigen Agentur über die Visana-Anerkennung zu informieren. Die Rechnung für die Behandlung muss zusammen mit einer Kopie dieser Verordnung an das zuständige Leistungszentrum von Visana eingesendet werden. Kosten für Behandlungen bei nicht anerkannten therapeutischen Fachpersonen werden nicht übernommen.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

ZSR-Nummer