

Überweisungsformular

Name/Vorname Tel. p
Strasse Tel. g
PLZ/Ort Mobil
Geb. Datum

Bitte anbieten Meldet sich im med. Rücken-Center

Hauptdiagnose

chronisch subakut akut

Wirbelsäule

HWS

spondylogen C./C.
 discogen C./C.
 radikulär C./C.

Discusprolaps, Höhe:
 Discusprotusion, Höhe:
 postoperativ
Operationsgrund:
Operationsgebiet, Höhe:
 Spondylarthrose,
Osteochondrose, Höhe:
 Spondylolisthese, Höhe:
 Spondylolyse, Höhe:
 Distorsionstrauma (Schleudertrauma)
 andere

LWS/BWS

spondylogen Th./Th. L./L.
 discogen Th./Th. L./L.
 radikulär Th./Th. L./L.

M. Scheuermann
 M. Bechterew, seronegative/
Spondylarthropathie
 Osteopenie
 Osteoporose
 Facettensyndrom, Höhe:
 segmentale Gefügelockerung
 muskuläre Insuffizienz
 Hypermobilität
 rez. Funktionsstörungen

Schulter: Hüfte: Knie:

Übrige therapierelevante Diagnosen:

Messung und Dokumentation (Maximalkraft-Test) - Achtung Kontraindikationen (Beilage)
 Geräte normal Geräte oberste Sorgfalt Kein HWS Gerät
 Stabilisieren Dehnen/Mobilisieren HWS Gerät dynamisch
 Grundlagen Beckenboden Aufbaustraining Beckenboden HWS Gerät statisch
 Balance-Training Entspannung HWS ohne Gerät
 Haltungsschulung Ergonomie HWS Heimprogramm
 Heimprogramm Programm für Fitness-Center
 weiteres:

Auf Grund der Untersuchungsbefunde bestehen keine Kontraindikationen.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift