

Krankenversicherung bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung zur Durchführung von Analyse und med. Trainingstherapie

Hauptdiagnose: _____
(falls möglich, bitte genaue fachärztliche Diagnose)

chronisch-rezidivierendes

- HWS-Syndrom BWS-Syndrom LWS-Syndrom

HWS

- nicht radikulär radikulär (abgelaufen)
 (Zerviko-)Brachialgie rechts links
- Bandscheibenschaden Höhe _____
 Bandscheibenvorfall Höhe _____
 Zustand n. Bandscheiben-OP Höhe _____
 Spondylarthrose Höhe _____
 allgem. konstitutionelle Hypermobilität
 muskuläre Insuffizienz
 sonstiges _____

BWS/LWS

- nicht radikulär radikulär (abgelaufen)
 (Lumbo-)Ischialgie rechts links
- Bandscheibenschaden Höhe _____
 Bandscheibenvorfall Höhe _____
 Zustand n. Bandscheiben-OP Höhe _____
 Facettensyndrom Höhe _____
 muskuläre Insuffizienz
 Spondylolyse Höhe _____
 Skoliose
 allgem. konstitutionelle Hypermobilität
 Wirbelgleiten
 sonstiges _____

Nebendiagnose

- Osteoporose (Kontraindikation für die Analyse)
 Gonarthrose rechts links beidseitig
 Coxarthrose rechts links beidseitig
 Zustand nach Operation _____

Ärztliche Bescheinigung

Der o. a. Patient/ die o. a. Patientin wurde von mir am _____ untersucht.

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für die Durchführung der biomechanischen Funktionsanalyse und der medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule (24TE) keine gesundheitlichen Bedenken.

(Bei vorliegender Kontraindikation auszuschließende Maßnahme streichen.)

Datum

Unterschrift des Arztes und Stempel