

Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt-daten

Praxisstempel

Ärztliche Informationen zur Analyse und Therapiegestaltung/Befund

HAUPTDIAGNOSE (falls möglich, bitte genaue fachärztlich-orthopädische Diagnose)

chronisch-rezidivierendes

HWS-Syndrom

BWS-Syndrom

LWS-Syndrom

HWS

MIT

BWS / LWS

- nicht-radikulärer
 radikulärer (abgelaufener)
 (Zerviko-)Brachialgie rechts links

- nicht-radikulärer
 radikulärer (abgelaufener)
 (Lumbo-)Ischialgie rechts links

HWS

BEI

BEI

BWS / LWS

- Bandscheibenschaden Höhe _____
 Bandscheibenvorfall Höhe _____
 Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____
 Spondylarthrose Höhe _____
 muskulärer Insuffizienz
 allgem. konstitutioneller Hypermobilität
 sonstigen _____

- Bandscheibenschaden Höhe _____
 Bandscheibenvorfall Höhe _____
 Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____
 Facettensyndrom Höhe _____
 muskulärer Insuffizienz
 Spondylolyse Höhe _____
 Wirbelgleiten Höhe _____
 Skoliose
 allgem. konstitutioneller Hypermobilität
 sonstigen _____

NEBENDIAGNOSE / ERGÄNZUNGEN

Coxarthrose

Gonarthrose

Zustand nach Operation _____

Ärztliche Verordnung

Der o.a. Patient wurde von mir am _____ untersucht. Die FPZ Therapie wird hiermit verordnet. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme keine medizinischen Bedenken.

Zur Durchführung der Messung der isometrischen Maximalkraft können für folgende Wirbelsäulenabschnitte Kontraindikationen gemäß dem Leitfaden für Mediziner ausgeschlossen werden:

HWS

LWS/BWS

Datum

Unterschrift

Wir sind deutschlandweit in Ihrer Nähe: www.fpz.de/rueckenzentren