

Empfehlung für eine

Muskelfunktionsanalyse der Wirbelsäule

- im Rahmen eines Diagnostikmoduls (IV Programm)
 als Einzeluntersuchung

Hauptdiagnose: _____

- Bandscheibenschaden Höhe _____ Z.n. OP _____

orthopädisch/neurologische Kontraindikationen:

- akuter Bandscheibenvorfall mit Schmerzeinstrahlung in die Beine
 Feh-, Missbildungen der Wirbelsäule
 relevante Instabilität der Wirbelsäule
 frische Frakturen (bis 4 Monate)
 Gelenkversteifungen
 schwerste Osteoporose (<80% der Knochendichte des Altersdurchschnitts)
 Nabel-/Narben-/Leistenbruch
 progressive neurologische Symptomatik

Ärztliche Bescheinigung vom : _____

der o.a. Patient wurde von mir untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde (Ausschluss der oben genannten orthopädischen/neurologischen Kontraindikationen) bestehen für die Teilnahme an Kraft- und Funktions-Analysen keine gesundheitlichen Bedenken.

Unterschrift Arzt/Praxisstempel

Vor Terminvereinbarung vom Patienten auszufüllen!

Sehr geehrte/r Patient/in, um Sie nicht zu gefährden, müssen weitere Erkrankungen vor der Analyse ausgeschlossen werden. **Wenn eine der folgenden Diagnosen auf Sie zutrifft (bitte ankreuzen):**

- entzündliche Erkrankungen im akuten Schub, z.B. Morbus Bechterew, rheumatoide Arthritis (PcP), Rheuma
 schwere Gefäßerkrankungen
 Aneurysma großer Gefäße, Thrombose großer Venen
 schwere Herz-Kreislaufkrankungen (unbehandelt)
 Herzleistungsstörungen, Herzinsuffizienz
 instabile Angina pectoris
 akute Befunden mit Operationsindikation
 Narben-, Bauch-, oder gynäkologische Operationen (bis 4 Monate zurück)
 Tumorleiden mit Beteiligung der Wirbelsäule
 Augenerkrankungen z. B. Glaukom (grüner Star), erhöhter Augeninnendruck, Netzhautablösung

wenden Sie sich bitte an Ihren Facharzt und lassen Sie sich die medizinische Unbedenklichkeit für die Durchführung einer Muskelfunktionsanalyse bestätigen!

Fachärztliche Bescheinigung vom: _____

der o.a. Patient wurde von mir untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde (Ausschluss der oben genannten Kontraindikationen) bestehen für die Teilnahme an Kraft- und Funktions-Analysen keine gesundheitlichen Bedenken.

Unterschrift Arzt/Praxisstempel

- Ich habe keine der oben genannten Diagnosen _____
Datum, Unterschrift Patient/in

Ort der Muskelfunktionsanalyse (MFA):

Physio - Ergo GmbH
Fritz-Lang-Platz 6 (Ärztehaus B, 2.OG Eingang neben der Apotheke),
12627 Berlin, Tel. 030 / 911 48 66 10