

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung der FPZ Therapie außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV)

### 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 \_\_\_\_\_

Wir sind deutschlandweit in Ihrer Nähe: [www.fpz.de/rueckenzentren](http://www.fpz.de/rueckenzentren)

Unterschrift / Stempel \_\_\_\_\_



# Kontraindikationen

## Wirbelsäulenerkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- Bandscheibenvorfall mit Wurzelreizsymptomatik
- Operierte Bandscheibenvorfälle bis 3 Monate postoperativ

### Absolute Kontraindikationen

- Bandscheibenvorfall mit akuter radikulärer Symptomatik/Wurzelkompressionssymptomatik
- Dekompensierte Spondylolisthese (Grad 3 oder 4 nach Meyerding)
- Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel  $>40^\circ$ )

## Knochen- und Gelenkerkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- Osteoporose (ohne Fraktur)

### Absolute Kontraindikationen

- Manifeste Osteoporose (mit Frakturen)
- Entzündliche Systemerkrankungen (Rheuma, Morbus Bechterew) im akuten Schub
- Frische Frakturen (4 Monate)

## Innere Erkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- Diabetes mellitus (insulinpflichtig)
- Koronare Herzerkrankung mit eingeschränkter Belastungsfähigkeit
- Relative Herzinsuffizienz

### Absolute Kontraindikationen

- Schwere Gefäßerkrankungen (z.B. Aortenaneurysma, Lungenembolie, Phlebothrombose, AVK)
- Schwere Herz- und Kreislauferkrankungen (z.B. instabile KHK und Herzinsuffizienz, Cardiomyopathie)

## Sonstige Erkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- Aktuelles Tumorleiden
- Psychische Erkrankung

### Absolute Kontraindikationen

- Alle akut operationswürdigen Erkrankungen
- Bauch- oder gynäkologische Operation innerhalb der letzten 3 Monate (beziehungsweise nach Festlegung des Operateurs)
- Narben- und Bauchwandbrüche
- Neurologische Erkrankungen mit progressiver Symptomatik
- Netzhautablösung und Glaukom