

ANMELDUNG FÜR AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE

BECKENBODENTHERAPIE

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Tel. / Mobile _____

E-Mail _____

Diagnose:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Beckenbodendyssynergie | <input type="checkbox"/> Pelvic Pain Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vaginismus | <input type="checkbox"/> Coccygodynie |
| <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz | <input type="checkbox"/> Anismus | <input type="checkbox"/> Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Outlet Obstruction | <input type="checkbox"/> Senkungssymptomatik |
| | <input type="checkbox"/> Beckenbodeninsuffizienz | |

Anzahl Behandlungen: ____ / ____ x pro Woche

Verordnung: erste zweite dritte vierte Langzeitverordnung

Therapieziele

- Analgesie
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Ausdauer
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Verbesserung der Atemfunktion
- Detonisierung / Entspannung

Massnahmen

- nach Ermessen des Therapeuten / der Therapeutin
- ambulantes präoperatives Beckenbodentraining
- Lymphologische Physiotherapie
- Hilfsmittelberatung / Abgabe Mietgerät
- Triggerpunktbehandlung
- Urogenital Rehabilitation
 - Biofeedback
 - Elektrostimulation / TENS
 - SANS
 - Ballontherapie
 - Dilatatortraining
 - Koordinationstraining und Zeptoring
 - postoperative Behandlung gegen Impotenz
 - Pessar-Handling

Material

- Verbrauchsmaterial Zuschlagposition 7360

Bemerkungen / Vorsichtssituationen / Kontraindikationen:

Der / die Physiotherapeut / in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

- Physiotherapiebericht Kopie an Arztkontrolle nach ____ Behandlungen

Ich wünsche Kontaktaufnahme vor Therapiebeginn nach Therapiebeginn nur bei Vorschlag für Therapiewechsel

Überweisende / r Ärztin / Arzt (Stempel, Unterschrift)

Datum:

Telefon Praxis:

Lindenhofspital
Physiotherapie | Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09 | physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE