

Ärztliche Empfehlung/Indikationsbestätigung
für therapeutisches Rückentraining bei chronischen oder chronisch
rezidivierenden Nacken- und Rückenschmerzen

Daten des Versicherten

Name, Vorname:

Anschrift:

Geb. am:

KV-Nr.:

Telefonnummer:

Vom Arzt auszufüllen:

Hauptdiagnosen:

Kurzbefund:

Folgende Störungen liegen vor und begründen die Therapie:

Chronische Lumbalgien

Chronische Lumboischialgien

radikulär

pseudoradikulär

Chronisches Zervikalsyndrom

Chronisches Zervikobrachialsyndrom

radikulär

pseudoradikulär

Chronische Zervikozephalgien (Spannungskopfschmerz)

Z. n. Wirbelsäulenoperation am: _____ Segment/e: _____

Dorsolumbalgien bei Skoliose/Kyphose/Haltungsschäden

Fortgeschrittene Osteoporose

Manifeste Osteoporose

Es liegen keine zusätzlichen Risikofaktoren vor.

Es liegen folgende Risikofaktoren vor: _____

Sonstiges: _____

Bei der Trainingsplanung bitte ich zu beachten:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes