

## Stosswellentherapie

Zu behandelnder Patient:

**Zu behandelnder Patienten:**

**Name** \_\_\_\_\_  
**Vorname** \_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Patientenklebeetikette**

Sehr geehrte Zuweiser und Zuweiserinnen

Gerne sind wir bereit, für Sie die Stosswellentherapie bei Enthesiopathien, verkalkender und nicht verkalkender Tendinopathie durchzuführen.

Aus Haftpflicht-Gründen müssen die nachfolgenden Fragen zusätzlich zum Physiotherapieverordnungsfomular vollständig ausgefüllt resp. die entsprechenden Bedingungen erfüllt sein, andernfalls erfolgt kein Aufgebot der Patienten. Auf der Physiotherapieverordnung bitten wir das Ziel der Behandlung Analgesie/Entzündungshemmung anzukreuzen (oberstes Feld).

**Diagnose (inkl. präziser Angabe der betroffenen anatomischen Struktur und Lage von allfälligem Osteosynthesematerial:**

.....  
.....  
.....

**Folgende Bedingungen sind erfüllt:**

- In der zu behandelnden Region besteht kein Infektverdacht.
- Der zu behandelnde Patient steht nicht unter Behandlung mit Antikoagulantien.
- Eine Thrombose oder anderweitige Gerinnungsstörungen sind nicht bekannt.
- Ein malignes Leiden ist nicht bekannt.
- Der zu behandelnde Patient ist über die Schmerzhaftigkeit der Behandlung informiert.
- Es besteht keine Schwangerschaft.
- Der Patient hat keinen Herzschrittmacher.
- Eine lokal durchgeführte Cortison-Therapie liegt mehr als 6 Wochen zurück.  
Datum der Infiltration: .....
- Der Patient ist über 18 Jahre alt.
- Es liegt kein Metall/ keine Prothese direkt im zu behandelnden Gebiet.
- Es gibt keine partiell /rupturierten Sehnen in der zu behandelnden Region.
- Ein Nachkontrolltermin des Patienten beim Zuweiser nach spätestens 6 Behandlungen ist vereinbart für den ... .. Bei Beschwerdefreiheit bereits nach weniger als 6 Behandlungen erfolgt eine Rücksprache zw. TherapeutIn und Zuweiser

Datum:

Stempel, Unterschrift und Telefonnummer des zuweisenden Arztes: