

Zuweiserformular für Stosswellentherapie

Zu behandelnder Patient: Name/Vorname _____
 Geb.datum _____ Telefon _____
 Adresse _____

Indikation

- | | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Enthesiopathien: | <input type="checkbox"/> Tennis-, | <input type="checkbox"/> Golferellenbogen | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| Verkalkungen in Sehnen: | <input type="checkbox"/> Schulter | <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Trochanter Tendinopathie | <input type="checkbox"/> Runners Knee (Tractus iliotibialis) | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Achillodynie | <input type="checkbox"/> Plantarfasziitis, Fersensporn | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Patellaspitzen-Syndrom (Jumpers Knee) | <input type="checkbox"/> Tibiakanten-Syndrom | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Myofasziale Schmerzen & Triggerpunkte (chron. Nacken-, Schulter- od. Rückenschmerzen) | | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Delayed/Non union bei Frakturen od. Osteotomien | | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Wundheilung durch direkte Anwendung | | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> andere Diagnose: _____ | | | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |

Folgende Bedingungen sind erfüllt

- Kein Verdacht auf eine Infektion in der zu behandelnden Region
- Keine bekannte Thrombose oder anderweitige Gerinnungsstörungen
- Keine bekannte Schwangerschaft
- Keine lokal durchgeführte Cortison-Therapie in den letzten 6 Wochen
Datum der Infiltration: _____
- Keine partielle/rupturierte Sehne in der zu behandelnden Region
- Kein bekanntes malignes Leiden
- Keine Sensibilitätsstörung im zu behandelnden Gebiet

Wichtige Hinweise für den Therapeuten

Antikoagulantien: Xarelto 15-20mg Marcoumar (INR: _____) Xarelto 10mg
 Fragmin therapeutisch prophylaktisch Aspirin cardio
 Stosswelle darf trotz Antikoagulation durchgeführt werden

Herzschrittmacher oder ICD Ja Nein

Osteosynthesematerial und/oder Fremdmaterial im Behandlungsbereich:

Zur Behandlung wird je nach Indikation entweder eine fokussierte oder radiäre Stosswellensonde eingesetzt. Die Behandlung erfolgt entweder durch einen Arzt oder die Physiotherapie (je nach Standort). Für die Anmeldung bitten wir um eine aktuelle Diagnose- und Medikamentenliste. Bei einer physiotherapeutischen Behandlung muss eine Physio-Verordnung beigelegt werden und unter Ziel der Behandlung das Feld "Analgesie/Entzündungshemmung" angekreuzt sein.

Datum, Stempel, Unterschrift

und Telefonnummer des zuweisenden Arztes: _____

Luzern: Physiotherapie	physiotherapie.luzern@luks.ch	041 205 53 42
Sursee: Physiotherapie	physio.sursee@luks.ch	041 926 40 71
Wolhusen: Sekretariat Chirurgie	anmeldung-wolhusen.chirurgie@luks.ch	041 492 92 32