

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 pseudoradikulär
- Chronisches Zervikalsyndrom
- Chronisches Zervicobrachialsyndrom
- Chronische Zervikozephalgien (Spannungskopfschmerz)
- Radikuläres Schmerzsyndrom
- Z.n. Wirbelsäulenoperation am: _____ Segment/e: _____
- Dorsolumbalgien bei Skoliose/Kyphose/Haltungsschäden
- Osteoporose _____ % Knochendichte _____
- Manifeste Osteoporose mit Wirbelkörperfrakturen oder anderen pathologischen Frakturen
- Es liegen keine zusätzlichen Risikofaktoren vor.
- Es liegen folgende zusätzliche Risikofaktoren vor: _____
- Sonstiges: _____

Bei der Trainingsplanung bitte ich zu beachten:

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes