

Krankenversicherung bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung zur Durchführung von Analyse und med. Trainingstherapie

Hauptdiagnose: _____
(falls möglich, bitte genaue fachärztliche Diagnose)

chronisch-rezidivierendes

☐ HWS-Syndrom ☐ BWS-Syndrom ☐ LWS-Syndrom

HWS

- ☐ nicht radikulär ☐ radikulär (abgelaufen)
- ☐ (Zerviko-)Brachialgie ☐ rechts ☐ links
- ☐ Bandscheibenschaden Höhe _____
- ☐ Bandscheibenvorfall Höhe _____
- ☐ Zustand n. Bandscheiben-OP Höhe _____
- ☐ Spondylarthrose Höhe _____
- ☐ allgem. konstitutionelle Hypermobilität
- ☐ muskuläre Insuffizienz
- ☐ sonstiges _____

BWS/LWS

- ☐ nicht radikulär ☐ radikulär (abgelaufen)
- ☐ (Lumbo-)Ischialgie ☐ rechts ☐ links
- ☐ Bandscheibenschaden Höhe _____
- ☐ Bandscheibenvorfall Höhe _____
- ☐ Zustand n. Bandscheiben-OP Höhe _____
- ☐ Facettensyndrom Höhe _____
- ☐ muskuläre Insuffizienz
- ☐ Spondylolyse Höhe _____
- ☐ Skoliose
- ☐ allgem. konstitutionelle Hypermobilität
- ☐ Wirbelgleiten
- ☐ sonstiges _____

Nebendiagnose

- ☐ Osteoporose (Kontraindikation für die Analyse)
- ☐ Gonarthrose ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Coxarthrose ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig
- ☐ Zustand nach Operation _____
- ☐ _____

Ärztliche Bescheinigung

Der o. a. Patient/ die o. a. Patientin wurde von mir am _____ untersucht.

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für die Durchführung der biomechanischen Funktionsanalyse und der medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule (24TE) keine gesundheitlichen Bedenken.

(Bei vorliegender Kontraindikation auszuschließende Maßnahme streichen.)

Datum

Unterschrift des Arztes und Stempel

Indikations- und Kontraindikationsliste zur Teilnahme an der Analysegestützten medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule

Primäres Therapieziel ist die Rekonditionierung des Patienten, d.h. die Optimierung des Funktionszustands der Wirbelsäule mittels Verbesserung und Harmonisierung der Kraft und Leistungsfähigkeit von Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur.

Speziellere Zielsetzungen sind u.a.: Verbesserung der Lebensqualität sowie ausgewählter psychologischer Parameter, Verbesserung des Beschwerdebildes der Wirbelsäule, Vermeidung der Chronizität der Beschwerden, Reduktion von Dauermedikation, Reduktion der AU-Tage wegen Rückenbeschwerden, Vermeidung und Ersatz von stationären RehaMaßnahmen.

Hauptinhalte dieses methodisch standardisierten Therapiekonzepts sind:

- progressives dynamisches Krafttraining der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur an speziell hierfür entwickelten Trainingssystemen
- Funktionsgymnastik zur Mobilisierung der Wirbelsäule, zur Dehnung der Hüft-, Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur sowie zur Kräftigung der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur
- Erlernen von wirbelsäulengerechtem Verhalten sowie wirbelsäulenschonenden Bewegungs-/ Alltagsbewältigungstechniken
- Techniken zur mechanischen Entlastung der Wirbelsäule und zur Entspannung der wirbelsäulensichernden Muskelgruppen

Die Erkenntnisse einer vor Therapiebeginn durchgeführten biomechanischen Funktionsanalyse der Wirbelsäule sowie der Einsatz modernster wissenschaftlicher Methoden gewährleisten dabei die maximale Individualisierung und optimale Steuerung der Therapie. Die therapiebedingten objektiven und subjektiven Anpassungserscheinungen werden nach Beendigung des Therapieprogramms mit wissenschaftlichen Methoden quantifiziert und im Rahmen der Abschlussanalyse dokumentiert.

Therapievoraussetzungen

Für die Teilnahme am RFZ Konzept gelten folgende Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen

Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik

- nachgewiesener Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und erhebliche Protrusionen außerhalb des akuten Stadiums (> 3 Monate)
- nachgewiesene degenerative Veränderungen
- nachgewiesene Spondyllysen und Spondylolisthesen
- rezidivierende Bandscheibenleiden mit erheblich eingeschränkter Arbeitsfähigkeit
- funktioneller Rückenschmerz auch ohne degenerative Veränderungen
- Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und postoperativen Behandlung
- muskuläre Wirbelsäuleninsuffizienz und/oder Dysbalance

Voraussetzungen für die Therapie ist dabei, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände innerhalb von vier Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muss mindestens Übungsstabilität bestehen und darüber hinaus eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten gegeben sein.

Kontraindikationen

- frische Frakturen (bis 4 Monate)
- Zustand nach Bauchoperation (bis 4 Monate)
- Zustand nach gynäkologischer Operation (bis 4 Monate)
- Narbenbrüche
- akut operationswürdige Befunde
- Missbildungen der Wirbelsäule
 - Spina bifida m. Befall v. mehr als einem Wirbelsäulensegment
 - florider Morbus Scheuermann
 - Skoliose im Wachstum von mehr als 30° nach Cobb
- akuter Bandscheibenvorfall mit Beinbeschwerden
- Operationsindikation (akute Nervenreizung)
- Osteoporose mit weniger als 80 % Knochendichte des Altersdurchschnitts
- progrediente Instabilität der Wirbelsäule
- schwere Herz- und Kreislauferkrankungen mit instabiler Angina pectoris
- Herzinsuffizienz
- medikamentös nicht ausreichend eingestellter Hypertonie
- schwere Gefäßerkrankungen
 - Aneurysma der Aorta
 - Lungenembolie
 - Thrombose großer Venen
 - zerebrale Ischämien
- schwere entzündliche Erkrankungen im akuten Schub
 - z.B. PpP, Morbus Bechterew
- progressive neurologische Symptomatik
- Netzhautablösung
- ansteckende Krankheiten

Formalien

Therapievoraussetzungen sind das Vorliegen der ärztlichen Verordnung, Diagnose und Unbedenklichkeitsbescheinigung. Hierfür wurde das umseitige Formular entwickelt. Bitte füllen Sie dieses vollständig aus und geben Sie dieses Original Ihrem Patienten zur Vorlage in der Therapieeinrichtung mit.

