

## Ärztliche Überweisung zur RPMS / PelviCenter-Therapie

Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Kurzcheck:

**Kontraindikationen**                      **ja**    **nein**    **Kontraindikationsbewertung**

#### Metallische Implantate zwischen Knie- und Halsbereich

Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut
Hüftimplantate, Kniegelenksprothesen (bis 10cm über dem Kniegelenk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut
Schrauben, Nägel und ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut

Wo: \_\_\_\_\_

#### Elektronisch gesteuerte Implantate zwischen Knie- und Halsbereich

Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut

#### Sonstige

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut
Cardiopathien / Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	relativ
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	relativ
COPD      Gold/Grad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub> -Zugabe eingeschränkt
Diabetes mellitus    Typ:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licht-Zugabe eingeschränkt
Vorangegangene Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	absolut bei OP < 8 Wochen

#### Überweisungsfähig:

Der/die Patient/in ist überweisungsfähig

Bemerkungen zu Einschränkungen \_\_\_\_\_

#### Therapie-Überweisung RPMS:

Diagnose: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

(Anzuheften an Physiotherapie Verordnung)