

# ANMELDUNG FÜR AMBULANTE PHYSIOTHERAPIE

## BECKENBODENTHERAPIE

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. / Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Diagnose:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz           | <input type="checkbox"/> Beckenbodendyssynergie  | <input type="checkbox"/> Pelvic Pain Syndrome |
| <input type="checkbox"/> Belastungsinkontinenz | <input type="checkbox"/> Vaginismus              | <input type="checkbox"/> Coccygodynie         |
| <input type="checkbox"/> Dranginkontinenz      | <input type="checkbox"/> Anismus                 | <input type="checkbox"/> Hypertonie           |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz      | <input type="checkbox"/> Outlet Obstruction      | <input type="checkbox"/> Senkungssymptomatik  |
|  | <input type="checkbox"/> Beckenbodeninsuffizienz |   |

Anzahl Behandlungen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ x pro Woche

Verordnung:  erste  zweite  dritte  vierte  Langzeitverordnung

### Therapieziele

- Analgesie
- Verbesserung der Muskelfunktion
- Verbesserung der Gelenkfunktion
- Verbesserung der Ausdauer
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Verbesserung der Atemfunktion
- Detonisierung / Entspannung

### Massnahmen

- nach Ermessen des Therapeuten / der Therapeutin
- ambulantes präoperatives Beckenbodentraining
- Lymphologische Physiotherapie
- Hilfsmittelberatung / Abgabe Mietgerät
- Triggerpunktbehandlung
- Urogenital Rehabilitation
  - Biofeedback
  - Elektrostimulation / TENS
  - SANS
  - Ballontherapie
  - Dilatatortraining
  - Koordinationstraining und Zeptoring
  - postoperative Behandlung gegen Impotenz
  - Pessar-Handling

### Material

- Verbrauchsmaterial Zuschlagposition 7360

Bemerkungen / Vorsichtssituationen / Kontraindikationen:

Der / die Physiotherapeut / in kann mit dem Einverständnis des Arztes / der Ärztin die physiotherapeutischen Massnahmen wechseln, wenn dies zur effizienteren Erreichung des Behandlungszieles beiträgt.

- Physiotherapiebericht Kopie an  Arztkontrolle nach \_\_\_\_ Behandlungen

Ich wünsche Kontaktaufnahme  vor Therapiebeginn  nach Therapiebeginn  nur bei Vorschlag für Therapiewechsel

Überweisende / r Ärztin / Arzt (Stempel, Unterschrift)

Datum:

Telefon Praxis:

Lindenhofspital  
Physiotherapie | Bremgartenstrasse 117 | Postfach | 3001 Bern  
Tel. +41 31 300 80 20 | Fax +41 31 300 80 09 | physio.lindenhof@lindenhofgruppe.ch  
lindenhofgruppe.ch



LINDENHOFGRUPPE