

Patient aufbieten Untersuchung für den _____ bereits vereinbart

Name: _____ Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

ANMELDUNG Stosswellentherapie

Region

.....
.....

Diagnose

.....
.....
.....

Wünsche

.....
.....

Aus Haftpflichtgründen müssen die folgenden Bedingungen erfüllt sein

- in der behandelnden Region besteht kein Infektverdacht
- es besteht bekannte Gerinnungsstörung oder eine orale Antikoagulation
- ein malignes Leiden ist nicht bekannt
- der behandelnde Patient ist über die Schmerzhaftigkeit der Behandlung informiert

Die Stosswellentherapie ist gemäss KVG keine Pflichtleistung der Krankenkasse. Es bleibt deshalb dem Patient ein Selbstbehalt vonsFR pro Behandlung.

Eine Serie mit 3 Einzelsitzungen unter anschliessender Evaluation des Therapieerfolges wird durchgeführt. Bei gutem Ansprechen kann die Serie auf 9 Einzeltherapien ausgebaut werden.

Praxisstempel: