

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 beahndeldne Patient ist über die Schmerzhaftigkeit der Behandlung informiert

Die Stosswellentherapie ist gemäss KVG keine Pflichtleistung der Krankenkasse. Es bleibt deshalb dem Patient ein Selbstbehalt von .....sFR 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: