

Anlage 7 zur Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nach dem standardisierten FPZ-Konzept zur Beseitigung somatischer Rückenbeschwerden zwischen dem VQR und dem BKK Landesverband Hessen vom 21. Januar 2004

**Patienteneignungs- und Unbedenklichkeitsbeurteilung
des leitenden Mediziners bzw. Kooperationsarztes
und des leitenden Therapeuten des vereinbarungsgebundenen FPZ-Zentrums**

Teilnahmevoraussetzungen und ärztliche Bescheinigung

für **Name, Vorname:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Allgemeine Indikationen

a. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei:

- nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) mit Sensibilitätsstörungen oder Störungen der Motorik und erheblichen Protrusionen außerhalb des akuten Stadiums
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen
- Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlungen
- Nachgewiesenen therapiebedürftigen Skoliosen

b. mit folgenden Zielen

- Vermeidung der Chronizität der Rücken- und Nackenleiden
- Vermeidung bzw. Verkürzung des stationären Krankenhausaufenthaltes
- Vermeidung und Ersatz von stationären Rehabilitationsmaßnahmen.
- Optimierung des Wiederherstellungsprozesses für die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- bessere und schnellere Integration in das soziale Umfeld
- Reduktion von Dauermedikation und ärztlicher Behandlung incl. allgem. Maßnahmen
- erhebliche Besserung des Beschwerdebildes

Voraussetzung für die Teilnahme ist dabei, daß operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände innerhalb von 4 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.

Für die Teilnahme an dem ambulanten FPZ-Rückenprogramm besteht oben angekreuzte Indikation.

Gegen die Teilnahme liegen keine gesundheitlichen Bedenken vor.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des leitenden Mediziners
bzw. behandelnden Arztes

Erklärung der Therapieeinrichtung

Aufgrund der Ergebnisse von Eingangsbefragungen und biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule ist die Therapieteilnahme des/der o. g. Teilnehmers/in angezeigt.

Die vorliegende Motivation des Patienten ist erkennbar und wird ebenfalls zum Erfolg der Therapiemaßnahme beitragen.

Ort, Datum

Unterschrift des Therapeuten