

Anlage 7

zur Vereinbarung über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen nach der standardisierten FPZ-Therapie zur Beseitigung von Rückenbeschwerden zwischen dem

BKK Landesverband Süd  und der FPZ plus AG  vom 30.04.2018 (AC/TK: 67 06 300)

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 inkl. 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-Rückentrainingsprogramm (Vereinbarung gem. Kopfzeile) besteht oben angekreuzte Indikation.

Gegen die Teilnahme liegen keine gesundheitlichen Bedenken vor.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des leitenden Mediziners
bzw. Kooperationsarztes des FPZ-Zentrums

.....

Erklärung der Therapieeinrichtung bzw. des FPZ-Zentrums

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Therapeuten des FPZ-Zentrums