

Überleitungs- und Rückmeldebogen

Name, Vorname

(Versicherte/r): _____

Geb.-Dat.: _____

Die Behandlung wurde von _____ bis _____ durchgeführt.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

ich darf Ihnen über die bish. Behandlung Ihres o.g. Patienten berichten. **(Bitte ankreuzen soweit relevant):**

Vorgeschichte:

seit / vor: Tagen Wochen Monaten Jahren
 Schmerzen Schmerzen mit Ausstrahlung

Befund:

Re HWS ISG Blockierung
 Li BWS Muskelverspannung Bewegungseinschränkung
 Bds LWS Druckschmerz Schwellung

Röntgen / CT / MR:

liegt vor liegt bei

STarT Back Tool:

liegt vor liegt bei

Risiko niedrig: Risiko mittel: Risiko hoch:

Diagnose:

Therapie mit epikritischer Bewertung:

	erforderlich	veranlasst/ verordnet	durchgeführt/ abgeschlossen
Infiltration/Injektion der WS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAR/Analgetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie/Mobilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KG verordnet (Krankengymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interdisziplinäres Assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivierendes Patientengespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Konservative Therapie ausreichend

Weitere Abklärung veranlasst

Sonstiges:

Überleitungs- und Rückmeldebogen

Mit bestem Dank und freundlichen kollegialen Grüßen

Datum, Unterschrift des Arztes

Stempel