

Anmeldeformular Leistungsdiagnostik

Patient/in

Geschlecht weiblich männlich

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____



Versicherung Unfall Krankheit Selbstzahler

Name/Ort _____

Versicherungsnummer _____ Unfallnummer _____

Klinische Angaben

Diagnose _____

Fragestellung _____

Gewünschte Analysen

Isokinetische Kraftmessung

Knie

Fuss

Hüfte

Sprungtest

Bemerkung: Für Isokinetische Kraftmessung Knie und Sprungtest zusätzlich Physiotherapieverordnung für 4x7301 ohne Vermerk beilegen.

Laktatstufentest

Laufband

Veloergometer

Spiroergometrie

Laufband

Veloergometer

Laufanalyse

Rumpfkraft

Wingate Test

Bioelektrische Impedanzanalyse

Y-Balance-Test

Zuweisender Arzt

Name/Vorname _____

Adresse/Ort _____

Ort/Datum _____

Unterschrift Arzt _____

Termin
