

## Anmeldung für eine Ganganalyse

### Personalien:

Name / Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Strasse / PLZ / Ort: .....  
 Telefon privat: .....  
 Versicherer: .....  
 Vers. / Unfall-Nr.: .....  
 Physiotherapeut: .....

**Zuweisung externer Patienten:**  
 Bitte einen aktuellen Sprechstundenbericht beilegen!

### Diagnose:

.....

### Fragestellung:

.....

### Untersuchung gewünscht durch:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orthopädie     | <input type="checkbox"/> Dr. Harry Klima      | <input type="checkbox"/> Erika Payne      | <input type="checkbox"/> Dr. Harald Lengnick |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Dr. Eva Koch         | <input type="checkbox"/> Dr. Claus Egidy  | <input type="checkbox"/> Dr. Martin Reinke   |
|   | <input type="checkbox"/> Dr. Christoph Künzle | <input type="checkbox"/> Dr. Johannes Cip | <input type="checkbox"/> AA Orthopädie       |
|   | <input type="checkbox"/> externer Arzt        |   |  |

**Behandelnder Neuropädiater:** .....

**Teambesprechung:**  ja  nein

### Ziel der Untersuchung:

- Abklärung  
 Op-Vorbereitung | Op-Termin: .....  
 Op-Kontrolle | Op-Termin: .....  
 Therapiekontrolle | Therapieschwerpunkte: .....  
 Hilfsmittelkontrolle | Art der Orthese: .....  
 Bestehende Beinlängendifferenz (in cm) .....  
 Voroperationen: .....

### Folgende Messungen sollten durchgeführt werden:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 3D-Bewegungsanalyse, untere Extremität  | <input type="checkbox"/> 3D-Bewegungsanalyse, Ganzkörper |
| <input type="checkbox"/> Fussanalyse (OFM)   | <input type="checkbox"/> Pedobarographie                 |
| <input type="checkbox"/> Zusatz-EMG (Standard: Mm. tib.ant., gastroc.med., rect.fem., vast.med., med. hamstrings, glut.med.) |  |
| <b>max.</b> <input type="checkbox"/> M. peroneus longus  | <input type="checkbox"/> M. peroneus brevis              |
| <input type="checkbox"/> M. biceps femoris   | <input type="checkbox"/> M. vastus lateralis             |
| <input type="checkbox"/> Muskelfunktion / Beweglichkeitstest   | <input type="checkbox"/> Spastizitätstest                |
| <input type="checkbox"/> Videodokumentation  |  |

Sonstige Messung: .....

### Planung der Ganganalyse:

Gewünschter Zeitpunkt: ..... Geplanter Termin / Zeit: .....  
 Anmeldender Arzt: .....  
 Datum: ..... Unterschrift: .....