

## Anmeldung für eine Ganganalyse

---

### Personalien:

---

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

### Diagnose:

---

.....

### Fragestellung:

---

.....

### Untersuchung gewünscht durch:

---

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orthopädie     | <input type="checkbox"/> Dr. Harry Klima      | <input type="checkbox"/> Erika Payne           | <input type="checkbox"/> Dr. Eva Koch    |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Dr. Harald Lengnick  | <input type="checkbox"/> Dr. Kathrin Studer    | <input type="checkbox"/> Efsthios Ballas |
|   | <input type="checkbox"/> Dr. Christoph Künzle | <input type="checkbox"/> Dr. Christoph Thesing | <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:

---

- 3D-Bewegungsanalyse, untere Extremität  3D-Bewegungsanalyse, Ganzkörper  
 Fussanalyse (OFM)  rechts  links  bilateral  Pedobarographie  
 EMG (*nicht gewünschte Muskeln durchstreichen*)  
 (M. tibialis anterior | M. gastrocnemius medialis | M. rectus femoris | M. vastus medialis | medial ham-strings | M. gluteus medius)  Zusätzliche EMG-Muskeln .....
- Muskelfunktion / Beweglichkeitstest  Spastizitätstest  
 Videodokumentation  
 Sonstige Messung: .....

### Planung der Ganganalyse:

---

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