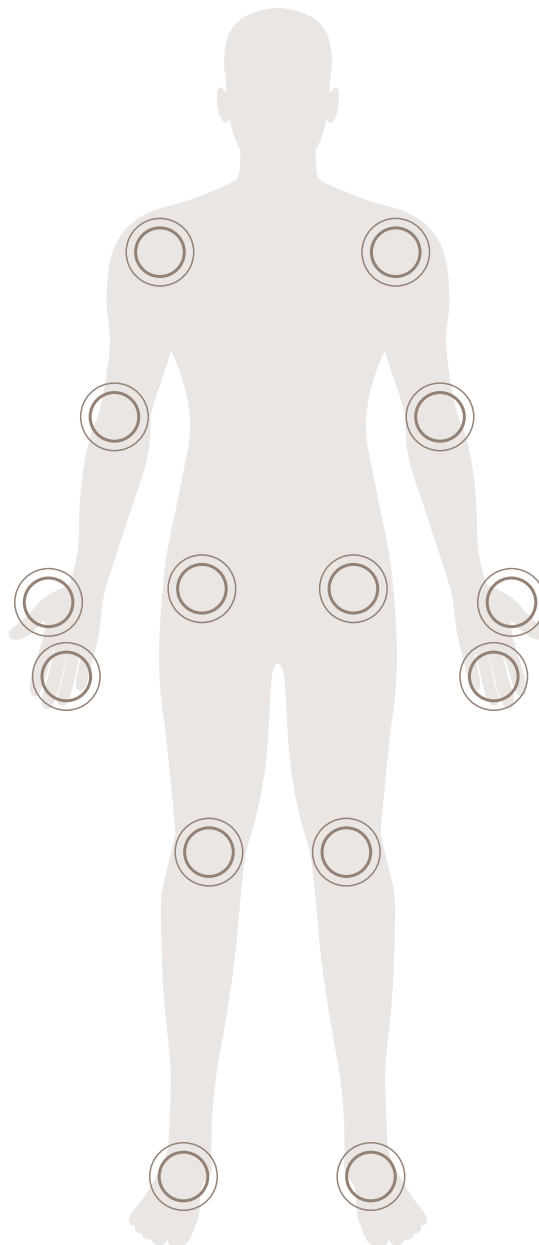


Anmeldeformular für Bestrahlung bei gutartigen Krankheiten

Bitte Indikation in der Tabelle rechts ankreuzen oder im freien Textfeld schreiben und uns das Anmeldeformular mit den relevanten Dokumenten per Email oder Post schicken. Vielen Dank.

Angaben Patient	
Vorname / Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
E-Mail	

ICD 10 Code	Region/Diagnose	Behandlung
Schulter		
M75.9	Schulterläsion, nicht näher bezeichnet	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Ellbogen		
M77.0	Epicondylitis ulnaris humeri	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M77.1	Epicondylitis radialis humeri	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Hand		
M15.9	Polyarthrose, n.n.b.	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M18.9	Rhizarthrose	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M72.0	Morbus Dupuytren	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Hüfte		
M16.9	Koxarthrose, n.n.b.	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M70.6	Bursitis trochanterica	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Knie		
M76.5	Tendinitis der Patellarsehne	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M17.9	Gonarthrose	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Fuss		
M76.6	Tendinitis der Achillessehne	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M77.3	Kalkaneussporn	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M20.2	Grosszehengrundgelenksarthrose	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M77.4	Metatarsalgie	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M72.2	Fibromatose der Plantarfaszie (Morbus Ledderhose)	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen		
L25.9	Kontaktdermatitis, n.n.b.	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
L40.9	Psoriasis, n.n.b.	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
L57.0	Aktinische Keratose	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
L91.0	Keloid	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
C44	Basaliom	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Sonstiges		
M61.9	Kalzifikationen von Muskeln, n.n.b.	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
N62	Gynäkomastie	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M19.9	Iliosacralarthrose	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
M53.3	Coccygodynie	li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Freier Text		



Praxis-Stempel/Unterschrift:

Im Allgemeinen werden 6 Bestrahlungen von je 5 Minuten, 2 x wöchentlich durchgeführt.