

Befundbericht Physiotherapie

Anpassung / Einschätzung im Kontext Pessarversorgung



physioaustria

1. Patient*innendaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

2. Zuweisende Ärzt*in

Name: _____

Fachrichtung: _____

Datum der Verordnung: _____

Zuweisungsdiagnose: _____

3. Anlass der Befundung

☐ Senkung (Uterus / Vagina)

☐ Sonstiges:

☐ Harninkontinenz

☐ Postpartale Problematik

4. Physiotherapeutische Befundung

Anamnese (kurz): _____

Funktioneller Befund Beckenboden:

• Kraft: _____

• Ausdauer: _____

• Koordination: _____

• Wahrnehmung: _____

• Sonstiges: _____

Weitere relevante Befunde:

Befundbericht Physiotherapie

Anpassung / Einschätzung im Kontext Pessarversorgung



physioaustria

5. Einschätzung im Kontext Pessar

Erprobung / Anpassung (falls erfolgt):

☐ nein

☐ ja – Wenn ja:

• getestete Form(en): _____

• getestete Größe(n): _____

• Anpassungsring: _____

Beurteilung Sitz / Verträglichkeit:

☐ stabil

☐ unangenehm

☐ verrutscht

☐ schmerzhaft

☐ Sonstiges: _____

6. Physiotherapeutische Einschätzung

Aus physiotherapeutischer Sicht erscheint geeignet:

Form: _____

Größe: _____

Begründung:

7. Hinweise für die ärztliche Entscheidung

8. Datum und Unterschrift

Datum: _____

Physiotherapeut*in: _____

Unterschrift: _____

9. Stempel

(optional)

Wichtiger Hinweis

Dieser Befundbericht stellt:

- keine Verordnung eines Medizinprodukts dar
- keine direkte Kaufempfehlung an die Patient*in dar

Er dient ausschließlich als fachliche Grundlage für die ärztliche Therapieentscheidung und Verordnung durch Ihre Ärztin/ Ihren Arzt.