

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Muskelfunktionsanalyse

Mit der Durchführung einer computergestützten isometrischen Muskelfunktionsanalyse im Bereich der Hals-/Lendenwirbelsäule an MedX-Therapiegeräten, die zum Preis von 67,- € oder Kieser-Abo verrechnet wird, sowie im Bereich weiterer Muskelgruppen an MedX-Trainingsgeräten erkläre ich mich bei Bedarf einverstanden.

Diagnostiziert wurde bislang:

	Ja	Nein
-Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Wirbelkörperbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bandscheibenvorwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Gleitwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-operative Wirbelsäulenversteifung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Morbus Scheuermann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Epilepsie (Hirnanfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-rheumatologische Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Über selten auftretende, vorübergehende, muskelkaterartige Beschwerden im Anschluss an die Muskelfunktionsanalysen wurde ich informiert.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich die Praxis Dr. med. J. Feulner von der Schweigepflicht gegenüber Kieser-Training bzgl. meiner persönlichen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum) sowie trainingsrelevanter Angaben zur Optimierung meines Trainingsplans.

Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Website bzw. dem Aushang in unserer Praxis.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Patienten/ der Patientin)

