

## Kinesitherapeutisch voorschrift voor adhesieve capsulitis

Naam en voornaam	
Rechts	Links
<input type="checkbox"/> Idiopathisch <input type="checkbox"/> Secundair : ..... <input type="checkbox"/> Na artrolyse <span style="float: right;">Nummer: 283301N310 Datum operatie: ...../...../.....</span>	
<b>2: Beïnvloedende of oorzakelijke factoren:</b> <input type="checkbox"/> Wervelkolom <input type="checkbox"/> Scapulaire dyskinesie <input type="checkbox"/> AC gewricht <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Versmalling</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Osteofyt</span> <input type="checkbox"/> Injectie <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Cortisone</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Ostenil</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Sub-acromiaal</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Intra-articulair</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> AC-gewricht</span>	
<b>3: Medisch onderzoek:</b> <input type="checkbox"/> Klinisch onderzoek <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> MRI</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CT</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Echo</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Röntgen</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Arthroscopie</span> Aanwijzingen voor schade: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
<b>4: Kinesithherapie:</b> <input type="checkbox"/> Aandacht beïnvloedende factoren <input type="checkbox"/> Verbeteren scapulothoracaal ritme (upper-middle-lower trapezius – serratus anterior) <input type="checkbox"/> Kopcenterende oefentherapie <input type="checkbox"/> Verbeteren proprioceptie en scapulothoracaal ritme <input type="checkbox"/> Anterieure deltoïd oefeningen <input type="checkbox"/> Passief mobiliseren gleno-humeraal rol-glij zonder stretching scapulothoracaal: <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Antero-inferieur kapsel</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Anterieur kapsel</span> <span style="margin-left: 20px;"><input type="radio"/> Posterieur kapsel</span> <input type="checkbox"/> Geen krachtoefeningen <input type="checkbox"/> Geen passieve stretching <input type="checkbox"/> AANLEREN OEFENINGEN DIE DE PATIENT DAGELIJKS MOET UITVOEREN . AANLEEN ONDERSCHIED TUSSEN SCAPULOTHORACALE EN GLENOHUMERALE MOBILITEIT <input type="checkbox"/> <b>Kan u om de 3 weken een VAS score en een Oxford Shoulder Score uitvoeren?</b>	
<b>5: Kinesithherapie</b> aantal beurten: <input type="checkbox"/> 30 frequentie: ..... per week ..... per dag <input type="checkbox"/> F-pathologie <input type="checkbox"/> Kan het huis verlaten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

**Stempel**

**Handtekening**

**Datum**