

**Computertomographie (CT) /  
Kernspintomographie (MRT) Nasennebenhöhlen**



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**  
Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50  
49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100  
Telefax: 0541-6001010  
www.drewes-partner.de  
info@drewes-partner.de

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_kg

Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur computertomographischen Diagnostik Ihrer Nasennebenhöhlen angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen möglichst genau zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren (☑). Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Kollegin/en umgehend zugestellt, soweit notwendig werden Ihnen relevante Bilddokumente bereits im Anschluss an die Untersuchung ausgehändigt.

**NNH**

Beschwerden seit **wann** ? \_\_\_\_\_ **Seite** ?  re.  mittig  li.

Kopfschmerzen  ja  nein Schwindel  ja  nein

Bisherige **Behandlung**  Antibiotika  schleimlösende Medikamente  
 Operation  Sonstiges \_\_\_\_\_

Wenn **Operation**, bitte soweit möglich ausführen :

**Wann** ? \_\_\_\_\_ **Seite** ?  re.  li.

Nasenscheidewand  ja  nein Nasenmuscheln  ja  nein

Sonstiges, ggf. genauere Bezeichnung \_\_\_\_\_

Für Frauen: Besteht eine **Schwangerschaft** ?  ja  nein

(Platz für weitere Anmerkungen)

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Handzeichen MTRA