

Computertomographie (CT) / Kernspintomographie (MRT) der Wirbelsäule



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

WS

- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule

Name, Vorname

Geburtsdatum

Gewicht

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur Diagnostik Ihrer Wirbelsäule 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.

Beschwerden seit **wann** ? _____ , akut schlechter seit _____

Wo ? _____ re. mittig li.

Schmerz-Ausstrahlung nein ja, wohin ? _____

Andauernde Beschwerden? ja nein, wann ? _____

Schmerzcharakter dumpf hell, schneidend brennend _____

Taubheitsgefühle ja nein Kribbel-Mißempfindungen ja nein

Bewegungseinschränkung ja nein Lähmung ja nein

Bisherige **Behandlung** Tabletten Spritzen Krankengymnastik

Anwendungen Akupunktur PRT Operation Sonstiges _____

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

Wann operiert ? _____ Welches Segment ? _____

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