

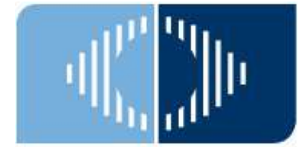
# Digitale Radiographie des Kniegelenkes

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur Diagnostik Ihres/-r Kniegelenke 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.



**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

# KNIE

links  rechts

Schmerzen **wo?**  innen  außen  vorne  hinten

Höhe Gelenkspalt  oberhalb  unterhalb des Gelenkspalts

**Bewegungsabhängigkeit**  Nein  Ja, bei

Belastung  Entlastung  Beugung  Streckung  in Ruhe

Andere \_\_\_\_\_

Schmerzhafte Tätigkeiten \_\_\_\_\_

Beschwerdebeginn **wann?** \_\_\_\_\_ durch

Unfall  Überlastung  Verdrehen  Andere bzw. nicht bekannt

Bitte ggf. ausführen \_\_\_\_\_

Bisherige Behandlung  Keine  Punktion  Injektionen

Operation / Arthroskopie (Spiegelung), bitte ausführen (was, wann, wo)

Sonstige Behandlungen \_\_\_\_\_

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**