

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 andere Leistungserbringer.

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