

Digitale Radiographie der Schulter



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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur Diagnostik Ihrer Schulter 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.

Schulter

links rechts

Beschwerden **seit wann?** _____, aufgetreten durch:

Sturz Arbeit Verdrehen Andere _____

Schmerzen Wo? vorn hinten seitlich innen oben Achselhöhle

Schmerzcharakter: stechend ziehend _____

Schmerz-Ausstrahlung nein ja, wohin? _____

Wann sind die Schmerzen **am Stärksten?** in Ruhe bei Belastung, vor allem bei

Arm heben nach vorn seitlich hinten

Dreh-Bewegungen nach innen außen

Armbeugung Armstreckung

Bisherige **Behandlung** Tabletten Spritzen, wann zuletzt? _____

Krankengymnastik Anwendungen Akupunktur Operation

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

Wann operiert? _____ Was genau? _____

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