

# Digitale Radiographie der Wirbelsäule

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind in unserem Institut zur Diagnostik Ihrer Wirbelsäule angemeldet. Vorab möchten wir Sie bitten, nachstehende Fragen zu beantworten bzw. die vorgegebenen Antworten zu markieren (  ). Der Untersuchungsbefund wird der/dem überweisenden Ärztin/Arzt 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

# WS

- Halswirbelsäule**
- Brustwirbelsäule**
- Lendenwirbelsäule**

Beschwerden seit **wann?** \_\_\_\_\_, akut schlechter seit \_\_\_\_\_

**Wo?** \_\_\_\_\_  links  mittig  rechts

**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 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**