

## Patienten-Fragebogen zur CT- oder MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule / Bandscheiben

  
Name  
Vorname  
Geburtsdatum

### Liebe Patientin, lieber Patient!

je genauer wir Ihre Beschwerden und Ihre Krankheitsvorgeschichte kennen, desto schneller und wirksamer können wir Ihnen helfen. Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen so genau wie möglich zu beantworten:

#### Voroperationen

1. Wurden Sie bereits an der Wirbelsäule / Bandscheibe operiert?

ja  nein

2. Wenn ja, in welchem Abschnitt der Wirbelsäule?

Halswirbelsäule  Brustwirbelsäule  Lendenwirbelsäule

3. Wenn ja, wann wurden Sie operiert (ungefähre Angabe genügt)?

Jahr: \_\_\_\_\_ (evtl. Monat: \_\_\_\_\_ )

#### Voruntersuchungen

4. Wurden bei Ihnen bereits früher CT- oder MRT-Untersuchungen durchgeführt?

ja  nein

Sollten Sie Bilder, Befunde oder Operationsberichte mitgebracht haben, geben Sie diese bitte bei unseren Mitarbeiterinnen ab. Nach der Beurteilung erhalten Sie Ihre Bilder selbstverständlich umgehend zurück.

#### Beschwerden

5. Haben Sie überwiegend Rückenschmerzen?

ja  nein

6. Haben Sie Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das Gesäß oder in das Bein?

ja  nein

Wenn ja, welche Körperhälfte ist stärker betroffen?

rechts  links  beidseits

## Beschwerden

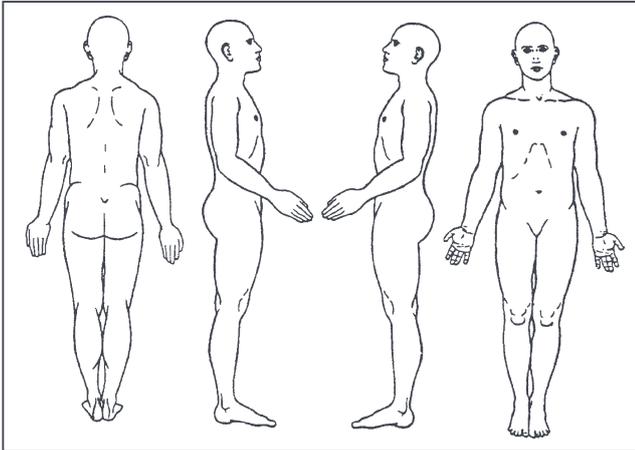
7. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (Missempfinden, Kribbeln, Taubheitsgefühl) oder eine Schwäche im Bein?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

8. Wo sind die Schmerzen am schlimmsten?  
Zeichnen Sie diese bitte in das Körperschema ein (Kreuz oder Pfeil).



9. Seit wann haben Sie die Schmerzen? Haben sie plötzlich eingesetzt oder schleichend?

---

10. Welche Behandlungen zur Linderung Ihrer Beschwerden wurden bereits durchgeführt?

---

## Einwilligungserklärungen

Ich habe die Frage nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Mir wurden alle Fragen ausreichend und zufriedenstellend beantwortet. Hiermit willige ich in die nuklearmedizinische Untersuchung ein.

Hiermit willige ich ein, dass der überweisende Arzt Zugriff auf meine Bilder und Befunde erhält. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass den von mir zu einem späteren Zeitpunkt beauftragten Ärzten meine Befunde und Bilder übermittelt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigten / Sorgeberechtigten\*

\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.