

Patienten-Fragebogen zur CT – Untersuchung der Wirbelsäule / Bandscheiben

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
	Größe	Gewicht

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)? An welcher Etage wurden Sie operiert?

Jahr: _____ (evtl. Monat: _____) Etage: _____

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.

HWS-Beschwerden

5. Haben Sie überwiegend Nackenschmerzen?

ja nein

6. Haben Sie Schmerzen mit Ausstrahlung in die Schulter, in die Arme oder in die Hände?

ja nein

7. Sind bei Beschwerden in der Hand evtl. einzelne Finger betroffen? Wenn ja, welche?

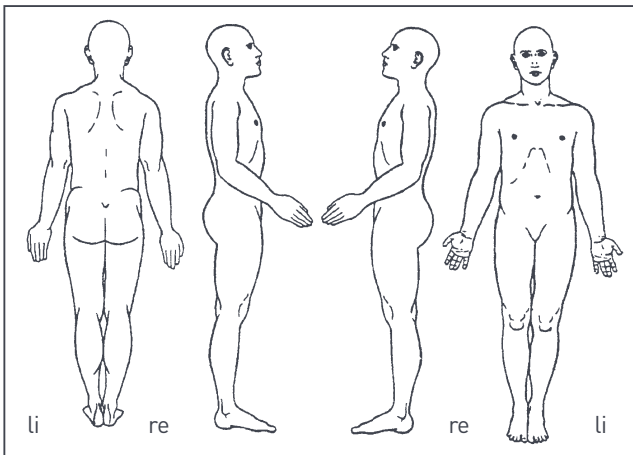
LWS-Beschwerden

8. Haben Sie überwiegend Rückenschmerzen?
 ja nein
9. Haben Sie Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das Gesäß oder in das Bein?
 ja nein
10. Haben Sie Sensibilitätsstörungen (Missempfinden, Kribbeln, Taubheitsgefühl) oder eine Schwäche im Bein?
 ja nein

Wenn ja, welche Körperhälfte ist stärker betroffen?

- rechts links beidseits

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



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

13. 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 Untersuchung ein.

Datenschutzerklärung

Der Radiologie Vechta Ärztepartnerschaft ist der Schutz Ihrer persönlichen Patientendaten sehr wichtig. Wir beachten die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie das Patientengeheimnis. Für eine Weitergabe Ihrer Daten an die von Ihnen beauftragten, behandelnden Ärzte bitten wir Sie um Ihre Einwilligungserklärung:

- 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.

Schweigepflichtserklärung (DS-GVO §83)

- Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologie Vechta die bei meinem Hausarzt / Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde soweit diese für meine Untersuchungen erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Radiologie Vechta, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarzt / Facharztes zu erhalten.

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.