

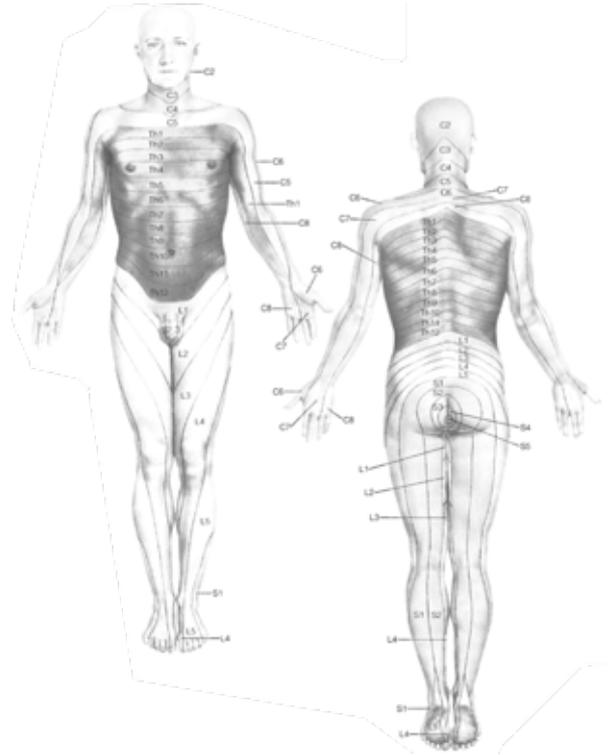


## CT- WIRBELSÄULE

### Beschwerden bitte einzeichnen

Seit wann? \_\_\_\_\_

- |  |                                 |                                |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl   | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Schwäche          | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Blasenbeschwerden |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden   |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose       |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung   |                                 |                                |



- Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?  Ja  Nein
- Unfall / Sturz / Überlastung der Wirbelsäule ?  Ja  Nein  
Wann? \_\_\_\_\_  
Wie? \_\_\_\_\_
- Gibt es bereits MR / CT / Röntgen von der Wirbelsäule?  Ja  Nein  
Wann? \_\_\_\_\_  
Woher? \_\_\_\_\_
- Wurde die Wirbelsäule operiert?  Ja  Nein  
Wann? \_\_\_\_\_  
Krankenhaus: \_\_\_\_\_  
Was genau wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Ich habe die Fragen korrekt beantwortet, und erkläre mich mit der Untersuchung und mit der Anforderung vorhandener Befunde einverstanden.  
Ich stimme der Übermittlung der elektronischen Bilddaten gemäß § 51 Abs. 2 Z 2 Ärztegesetz zu.

Datum und Unterschrift der/des Patient/in  
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift RT

Unterschrift Arzt