



ANAMNESEBOGEN

Wirbelsäule

Ihre Daten:

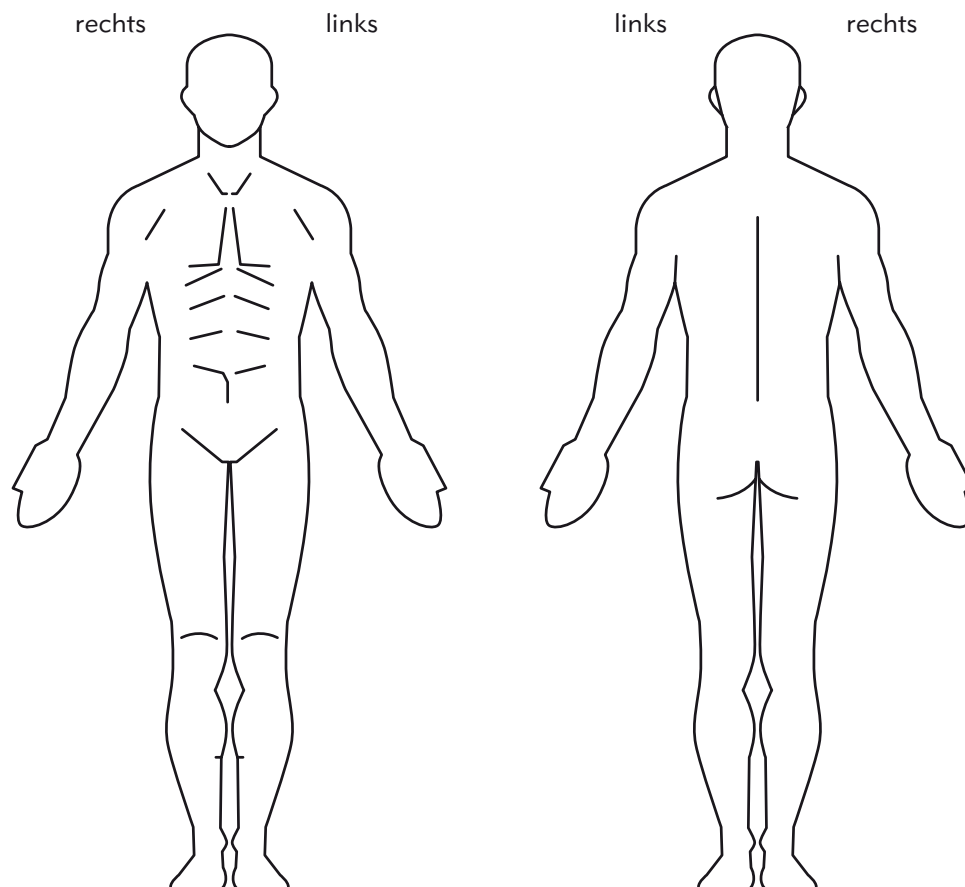
Name:

Geburtsdatum: / / Größe: cm, Gewicht: kg

Haben Sie Schmerzen?

Nein Ja Seit wann?

Bitte zeichnen Sie den Schmerzbereich an den Figuren ein



Besteht eine Muskelschwäche (Ausfall der Arme oder Beine)?

Nein Ja

Wurden Sie an der Wirbelsäule operiert?

Nein Ja Wann? In welcher Höhe (zB. L5/S1):

Hatten Sie einen Unfall/Sturz mit Verletzung der Wirbelsäule?

Nein Ja Wann?

Ist eine Grunderkrankung bekannt? (eine wichtige Erkrankung, insbesondere Krebserkrankung)

Nein Ja Wann?

Gibt es Voruntersuchungen? Wann und wo durchgeführt?

Röntgen

CT

MRT

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

.....

DATUM

.....

UNTERSCHRIFT DER/DES PATIENTIN/EN