

MRT/CT DER GELENKE

Name:.....

Geburtsdatum:

Welches Gelenk soll heute untersucht werden?

Rechts

Links

Ich habe **Beschwerden** seit

Ist ein **Unfall, Sturz, Verletzung, ...** der Grund für die Beschwerden?

Nein

Ja → Wann:

→ Wobei:

Wurde von diesem Gelenk bereits ein **Röntgen, CT oder MRT** durchgeführt?

Nein

Ja → Röntgen

MRT

CT

Wann und in welchem Institut/KH?

.....

Wurde an diesem Gelenk bereits ein **Eingriff/OP** vorgenommen?

Nein

Ja → Operation, wann?.....

Arthroskopie, wann?.....

Bitte zeichnen Sie auf der Abbildung ein, wo Sie die Beschwerden haben!

