



## Zusatzfragebogen MRT Wirbelsäule

Name, Vorname: .....

Geb.-datum: .....

Wurde bei Ihnen bereits eine radiologische **Voruntersuchung** der Wirbelsäule durchgeführt?  Ja  Nein

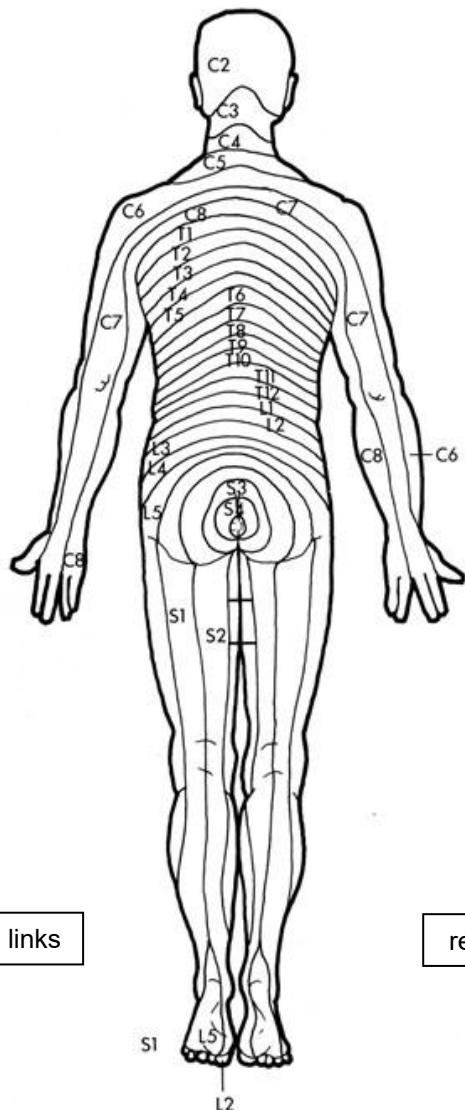
Wenn ja, was, wann und wo wurde die Untersuchung durchgeführt? .....

Wurde bei Ihnen bereits eine **Operation** an der HWS, BWS oder LWS durchgeführt?  Ja  Nein

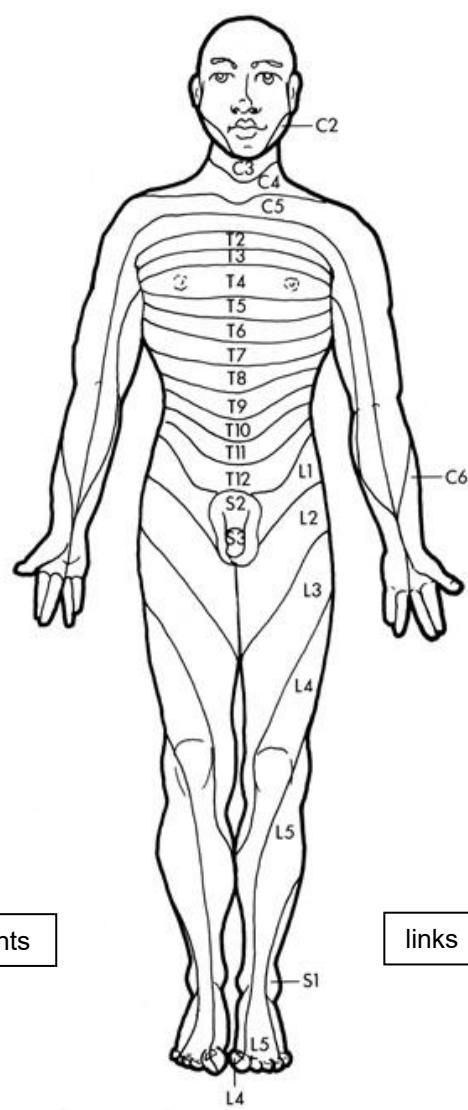
Wenn ja, was wurde operiert (Wirbelkörper, Bandscheibe?) und wann war die OP? .....

Bitte markieren Sie auf nachfolgender Zeichnung den Bereich, in dem Sie Beschwerden haben und geben Sie an, ob es sich um **Schmerzen** und/ oder **Kribbeln** bzw. **Gefülsstörungen** handelt.

Rückansicht



Vorderansicht



Zeitz, den.....

Unterschrift des Patienten