

# MRT/CT DER WIRBELSÄULE

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Ich habe Beschwerden seit .....

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

- Nein  
 Ja → Wann:.....  
→ Wobei:.....

Wurde an der Wirbelsäule bereits ein Eingriff/OP vorgenommen?

- Nein  
 Ja → Wann? .....  
→ Welcher Bereich? .....

Wurde von der Wirbelsäule bereits ein Röntgen, CT oder MRT durchgeführt?

- Nein  
 Ja →  Röntgen  
 MRT  
 CT

Wo haben Sie die Beschwerden?

- Wirbelsäule  
 Arme →  Links  Rechts  
 Beine →  Links  Rechts

- Ich habe:  Schmerzen  
 Gefühlsstörung  
 Schwäche

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

