

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!

