

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!

