

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Tel.-Nr. _____

Allgemeine Fragen:

1) Sie wünschen eine Zweitmeinung wegen einer geplanten Operation an: LWS BWS HWS

Ihre Diagnose lautet: Bandscheibenvorfall Spinalkanalstenose Gleitwirbel

Andere: _____ in Höhe (z.B. L4/5) _____

2) Seit wann bestehen die Beschwerden? _____

Angaben zu Ihrem/Ihrer vorbehandelnden Arzt/Ärztin

Name _____

Adresse _____

Fachrichtung _____

Wann ist die Operation geplant? _____

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen vorab zu!

Um Sie beraten zu können, benötigen wir vorab folgende Unterlagen:

- 1.) CD mit den aktuellen CT-, MRT- und/oder Röntgenuntersuchungen
- 2.) Radiologiebefunde
- 3.) Untersuchungsbefunde des Vorbehandlers
- 4.) Welche Operation soll gemacht werden?

Spezielle Fragen:

a) Haben Sie Schmerzen? ja nein

b) Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 (gering) bis 10 (sehr stark):

Bitte ankreuzen: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

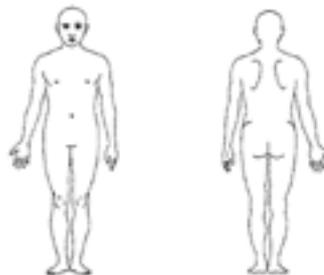
Wenn ja: Wo?: LWS BWS HWS

Ausstrahlend in Arm rechts links

Bein rechts links

Wenn ja: wie oft? dauerhaft immer wieder selten

Bitte kennzeichnen Sie in der Abbildung Ihren Hauptschmerzbereich mit mindestens einem X

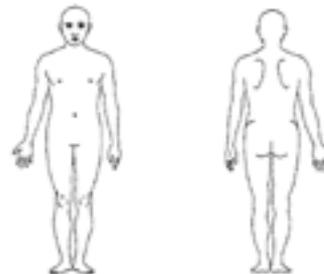


c) Haben Sie sensible Ausfälle (z.B. Kribbeln, Taubheit, Miss-/ Minderempfindungen)? ja nein

Wenn ja: Wo? _____

Wenn ja: Wie oft? _____

Bitte kennzeichnen Sie in der Abbildung den Bereich mit mindestens einem X



d) Bestehen Lähmungen? ja nein

Wenn ja: Wo? _____

Wenn ja: Seit wann? (Tage, Wochen, Datum? ...) _____

e) Bestehen NEUE Blasenprobleme (Inkontinenz)? ja nein

Bestehen NEUE Mastdarmstörungen (Inkontinenz)? ja nein

Vorerkrankungen:

- Des Herzens: ja nein **Welche?** _____
- Der Nieren: ja nein **Welche?** _____
- Der Leber: ja nein **Welche?** _____
- Magen-Darm: ja nein **Welche?** _____
- Der Schilddrüse: ja nein **Welche?** _____
- Sonstiges ja nein **Welche?** _____
-
- Gelenkersatz ja nein

Was wurde bereits behandelt?

- Infiltrationen Wenn ja, wo? _____
- Physiotherapie ja nein
- Orale Schmerzmedikation: Wenn ja, welche? _____

Voroperationen:

An was und wann wurden Sie operiert? _____

Medikation:

- a) Welche Medikamente (inklusive Schmerzmittel!) nehmen Sie ein? **(Bitte legen Sie, falls möglich, Ihre Medikamentenliste bei.**

- b) Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein? ja nein
(z. B.: ASS, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Palvix. Macurmar oder andere)

Wenn ja:

Welches Medikament? _____

Warum? (z. B.: Herz-/Hirn-Infarkt, Lungenembolie, Thrombose, Herzrhythmusstörung ect.)

Wenn nein:

Bekommen Sie schnell **blaue Flecken** (Hämatome)? ja nein

Hatten Sie im Rahmen einer Operation schon mal eine **Nachblutung**? ja nein

- c) Leiden Sie an einer **Blutzuckererkrankung** (Diabetes)? ja nein

Wenn ja:

Nehmen Sie **Metformin** ein? ja nein

Spritzen Sie **Insulin**? ja nein