



Medizinische Versorgungszentren
 Praxisklinik Dr. Schneiderhan & Kollegen
 Wirbelsäulenzentrum München/Taufkirchen
 Radiologie und Diagnosticum München/Taufkirchen

Medizinische Versorgungszentren • 82024 Taufkirchen • Eschenstr. 2

← Bitte ergänzen Sie hier ggf. Ihre Postanschrift

Datum

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr,

Wir freuen uns, dass Sie mit uns in Kontakt getreten sind. Bitte kreuzen Sie an, an welcher(n) Behandlung(en) Sie speziell interessiert sind:

<input type="checkbox"/>	Mikrolaserbehandlung	<input type="checkbox"/>	Mikrochirurgische / Neurochirurgische Behandlung
<input type="checkbox"/>	Wirbelsäulenkatheter	<input type="checkbox"/>	Stabilisierungsoperationen an der Wirbelsäule
<input type="checkbox"/>	Epiduroskopie	<input type="checkbox"/>	Kyphoplastie / Vertebroplastie / Vesselplastie
<input type="checkbox"/>	PulsTrode-Behandlung	<input type="checkbox"/>	Schmerzschrittmacher (SCS-Sonde)
<input type="checkbox"/>	Thermokoagulation / Hitzesondenbehandlung	<input type="checkbox"/>	Dekompressionsoperationen
<input type="checkbox"/>	Implantation von Bandscheibenprothesen	<input type="checkbox"/>	XLIF / TLIF / Interspinosum Implantationen
<input type="checkbox"/>	stationäre Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	Andere Behandlungsmethode:
<input type="checkbox"/>	Verfahren bei Spinalkanalstenosen/- listhesen:	<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht

Damit wir uns ein Bild Ihrer Beschwerden und deren möglichen Ursachen machen können, benötigen wir von Ihnen folgende Informationen:

1. Bitte beschreiben Sie Ihre **Beschwerden** mit Ihren eigenen Worten, seit wann bestehen diese?

.....

2. Bestehen darüber hinaus allgemein behandlungsbedürftige Beschwerden?

Wenn ja, bitte entsprechendes ankreuzen bzw. ergänzen. Bitte machen Sie möglichst präzise Angabe, damit ggf. ein reibungsloser Ablauf für Sie organisiert werden kann.

- Herzbeschwerden bei Belastung Herzinsuffizienz, Herzmuskelschwäche
- Bluthochdruck mit Herzbeteiligung Bluthochdruck mit Nierenbeteiligung
- Herzrhythmusstörungen, welche genau
- Neigung zu Thrombose, Z.n. Thrombose Neigung zu Venenentzündungen
- Krampfadern Nierenerkrankung, welche genau
- chronische Bronchitis Asthma
- Pilzkrankung, welche genau
- psychische Leiden, z.B. Depression, welche genau
- Morbus Parkinson Bluterkrankung, welche genau
- Harn- oder Stuhlinkontinenz, welche genau
- Andere behandlungsbedürftige Beschwerden:

bitte wenden

3. Welche Schmerzmittel nehmen Sie regelmäßig ein?
Welche anderen Medikamente nehmen Sie laufend ein (z.B. Herz-, Schilddrüsenmedikamente oder Medikamente zur Blutverdünnung)?
.....
4. Welche Behandlungen und / oder Operationen wurden bisher **an der Wirbelsäule** durchgeführt? Wann?
ambulant:
.....
stationär:
.....
5. Liegen neurologische Ausfälle wie z.B. ausgedehnte Gefühlsstörungen oder Lähmungen vor? Ja* Nein*
Falls ja, bitte Befundbericht Ihres Neurologen mitsenden. O* O*
- * bitte zutreffendes ankreuzen
6. Bitte senden Sie uns den Ihnen vorliegenden schriftlichen Befundbericht der zuletzt durchgeführten Computertomographie- oder Kernspintomographie-Untersuchung des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes.
Ohne diese Information ist eine Beurteilung leider nicht möglich.
Bitte zunächst **keine** Bilder und **keine** CD, sondern nur den schriftlichen Befundbericht zusenden.
Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass die Unterlagen nicht zurückgesendet werden können.
7. Aus organisatorischen Gründen müssten wir noch Ihre Kassenzugehörigkeit kennen. Bitte geben Sie unbedingt den genauen Namen und die Adresse an. Vielen Dank.

Krankenkasse mit Adresse:

Kassennummer: Versichertennummer:

Status: 1 selbst versichert 3 mitversichert 5 Rentner bitte entsprechend markieren

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Krankenkassen-Chipkarte.

Haben Sie im Falle einer gesetzlichen Krankenkasse eine private * bitte zutreffendes Ja* Nein*

Zusatzversicherung für Ein- oder Zweibettzimmer? hier ankreuzen => O* O*

eine stationäre privatärztliche / Chefarztbehandlung und hier ankreuzen => O* O*

Falls ja, welche?

8. Damit wir Sie ggf. kontaktieren können, bitte geben Sie uns Ihre Festnetz-Telefonnummer,

Mobilfunknummer sowie Mail-Adresse an.

9. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

10. Im Fall einer Behandlung: An wen sollen wir den Arztbericht senden?

Hatten Sie schon einmal schriftlichen Kontakt zu unserer Praxis? nein ja (wenn ja, bitte beifügen)

Sind Sie bereits früher einmal bei uns Patient/in gewesen? nein ja (wann?) :

Wir dürfen Sie auch auf unsere Internetseiten www.orthopaede.com aufmerksam machen.

Bitte legen Sie uns 3 x € 0,70 in Briefmarken (keinen Freiumschlag) für die Zusendung bei.

Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen NICHT mehrfach zu.

Ist eine ambulante Vorstellung geplant, bringen Sie bitte die Unterlagen zum Vorstellungstermin mit.

Eine zusätzliche Zusendung vorab ist NICHT erforderlich. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen Ihr Praxisteam Dr. med. R. Schneiderhan