



CHECKLISTE „ZWEITMEINUNG“

Personalien:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose/Problem: _____

Geplante/empfohlene Behandlung: _____

Handelt es sich um eine akute Behandlung: ja nein

Bei Rückfrage bin ich am besten erreichbar:

Telefon _____ Email: _____

Folgende Befundunterlagen und –berichte sind vorhanden (die Befunde sollten NICHT älter als 6 Monate sein):

| ART d. Untersuchung | Datum | Ja | Nein |
|---|-------|--------------------------|--------------------------|
| Röntgenaufnahmen (digital o. konventionell) | | | |
| HWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| MRT und/oder CT (digital oder konventionell) | | | |
| HWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| LWS | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| Klinische Untersuchungsbefunde | | | |
| Erstmeinung/ Arztbrief | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Untersuchung(-en) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voroperation(-en) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es uns zu. Vielen Dank.