

Frau Herr

Vor- u. Nachname: **Geburtsdatum:**

Straße: **PLZ Wohnort:**

Telefon: privat geschäftlich mobil

E-Mail-Adresse: Newsletter erhalten?

Krankenkasse: gesetzlich, welche:

privat Zusatzversichert bei:

private Krankenkasse, welche: Beihilfe

Diagnose:

Skoliose Verletzung WS Tumor WS Bandscheibenschaden

Kyphose Discopathie Spondylolisthese

Lokalisation der Schmerzen:

HWS BWS LWS Arme Beine

Ich leide an Lähmungen der Arme Beine

Beschreiben Sie bitte in Stichworten Ihre Schmerzsymptomatik:

.....
.....
.....

Liegen Ihnen aktuelle Facharztberichte vor (max. drei Monate alt)?

Orthopädie Neurologie Neurochirurgie

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bisher durchgeführt (bitte mit Datumsangabe)?

Konventionelle Röntgendiagnostik:

Computertomographie (CT):

Magnetresonanztomographie (MRT):

Myelographie:

Welche Operationen wurden wann in welcher Klinik durchgeführt?

- Bandscheiben-OP
- Versteifungs-OP
- Korrektur-OP
- andere:

Besteht zurzeit die medizinische Notwendigkeit einer Operation?

- Ja
- Nein
- Ich bin nicht sicher

Möchten Sie einen bestimmten Arzt konsultieren?

- Ja, bitte Termin bei Prof. Dr. Harms
- Ja, bitte Termin bei PD Dr. Orakcioglu

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte senden Sie uns das Formular ausgefüllt mit Ihrer aktuellen Bildgebung (MRT, Röntgen etc. – lassen Sie uns Ihre Bilder ausschließlich auf einer Original-CD zukommen) sowie den Ihnen vorliegenden aktuellen Untersuchungsbefunden an

ETHIANUM Heidelberg
Wirbelsäulenchirurgie
Voßstraße 6
69115 Heidelberg

Nach Einsicht und Prüfung Ihrer Unterlagen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

Herzlichen Dank,
mit freundlichen Grüßen aus dem ETHIANUM Heidelberg!