

Praxisklinik für Orthopädie und Neurochirurgie
Dr.med. Reinhard Schneiderhan und Kollegen
Spezielle Schmerztherapie
Facharzt für Orthopädie

Dr. med. R. Schneiderhan • 82024 Taufkirchen • Eschenstr. 2

← Bitte ergänzen Sie hier ggf. Ihre Postanschrift

Datum

Sehr geehrte Frau,

sehr geehrter Herr,

Sie haben Interesse an einer Wirbelsäulenbehandlung bekundet. An welcher Behandlung sind Sie speziell interessiert? Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik * Koagulation (Hitzesonde) * Laserbehandlung * mikrotherapeutische neurochirurgische Behandlung * Injektion von Knochenzement bei Osteoporose * weiß nicht * Welche andere Behandlungsmethode

* bitte zutreffendes ankreuzen

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

1. Welche Beschwerden bezüglich der Wirbelsäule liegen seit wann bei Ihnen vor (bitte nur stichpunktartig)?

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

2. Bestehen darüber hinaus allgemein behandlungsbedürftige Beschwerden (z.B. Herzbeschwerden mit notwendiger medikamentöse Behandlung)?

.....
.....

3. Welche Schmerzmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

Welche andere Medikamente nehmen Sie laufend ein (z.B. Herz-, Schilddrüsenmedikamente oder Medikamente zur Blutverdünnung)?

.....

bitte wenden

4. Welche Behandlungen und / oder Operationen wurden bisher **an der Wirbelsäule** durchgeführt?

Ambulant:
.....
.....
Stationär:
.....

5. Liegen neurologische Ausfälle wie z.B. ausgedehnte Gefühlsstörungen oder Lähmungen vor? Ja* Nein*
Falls ja, bitte Befundbericht (nicht älter als ein halbes Jahr) Ihres Neurologen mitsenden. O* O*

* bitte zutreffendes ankreuzen

6. Bitte senden Sie uns einen schriftlichen Befundbericht einer im **letzten halben Jahr** durchgeführten Computertomographie- besser noch MR-Untersuchung des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes. Ohne einen solchen aktuellen Befundbericht ist eine Beurteilung leider nicht möglich.

Bitte zunächst **keine** Bilder, sondern nur den schriftlichen Befundbericht zusenden!

7. Aus organisatorischen Gründen müssten wir noch Ihre Kassenzugehörigkeit kennen, damit wir z.B. ggf. einen entsprechenden Antrag zur Kostenübernahme bei Ihrer Krankenkasse formulieren können. Bitte geben Sie unbedingt den genauen Namen und die Adresse an. Vielen Dank.

Krankenkasse mit Adresse:

Kassennummer: Versichertennummer:

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

Diese Angaben finden Sie auf Ihrer Krankenkassen-Chipkarte.

Haben Sie im Falle einer gesetzlichen Krankenkasse eine private Zusatzversicherung für eine stationäre privatärztliche Behandlung ? * bitte zutreffendes Ja* Nein*
hier ankreuzen => O* O*

Falls ja, welche ?

8. Damit wir Sie ggf. zurückrufen können, bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer 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 ? O ja O nein

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

Bitte legen Sie uns € 1,44 in Briefmarken für die Zusendung bei. Vielen Dank.

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

zurück an:

Praxis
Dr. med. Schneiderhan
Eschenstr. 2

82024 Taufkirchen