



**Diagnostikfragebogen**  
Dokumentennummer: FO-02743



Gültig für: Rab / Schmerz- Palliativ- Klinik / /

Patient(in):

Hausarzt:

		Was?	Wann?	Wo?
1.	Röntgendiagnostik	HWS		
		BWS		
		LWS		
		andere:		
2.		CT		
		(Computertomogramm)		
3.		MRT		
		(Magnetresonanztomogramm)		
4.	Fachärztliche Konsultationen	Orthopäde		
		Neurologe		
		EMG		
		EEG		
		Liquordiagnostik		
		Kieferorthopäde		
		HNO-Arzt		
		Augenarzt		
		Neurochirurg		
5.	Vortherapie	medikamentös:		
		Physiotherapeutisch:		