



Orthopädische CT/MRT-Zuweisung *Pferd*

BESITZER			
Zuname:	Vorname:	Tel Nr:	
NATIONALE			
Alter:	Geschlecht:	Rasse:	
VERDACHTSDIAGNOSE			
GEWÜNSCHTES VERFAHREN		CT	MRT
<i>Welche Region soll mittels CT / MRT untersucht werden?</i>			
Feinnadelaspirationsbiopsie		JA	NEIN
Biopsie		JA	NEIN
Sonstige weiterführende Untersuchungen		JA	NEIN
<i>Falls JA, welche?</i>			
VORBERICHT			
Wurde eine orthopädische Untersuchung durchgeführt?		JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte beschreiben!</i>			
Wurden diagnostische Injektionen durchgeführt?		JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte beschreiben!</i>			
Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?		JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte ggf. Bilder bereitstellen!</i>			
Wurde eine Ultrasonografie durchgeführt?		JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte beschreiben und ggf. Bilder bereitstellen!</i>			



Bildgebende Diagnostik

Wurde eine CT/MRT-Untersuchung durchgeführt?	JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte beschreiben und ggf. Bilder bereitstellen!</i>		
Trägt das Pferd einen Verband am Bein?	JA	NEIN
Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	JA	NEIN
<i>Falls JA, welche?</i>		
Wurde bereits eine Blutuntersuchung durchgeführt?	JA	NEIN
<i>Falls JA, bitte Zeitpunkt angeben und Kopie des Befundes beilegen oder senden:</i>		
Ist der Schweregrad der vorliegenden Erkrankung so einzustufen, dass ein erhöhtes Risiko in der Ablege-, Aufstehphase bzw. während der Allgemeinanästhesie des Patienten besteht?	JA	NEIN
Liegen weitere Erkrankungen vor?	JA	NEIN
<i>Falls JA, welche?</i>		
Seit wann ist das Tier lahm? Datum:		
Enstand die Lahmheit plötzlich oder langsam?		
Welche Therapien wurden bereits durchgeführt?		
Wie war der bisherige Krankheitsverlauf (Verschlechterung, Besserung, gleichbleibend, wechselhaft)?		
Sonstige Anmerkungen:		

Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Tierarztes