**CT/MRT-Zuweisung** *Pferd*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESITZER** | | | | | | |
| *Zuname:* | *Vorname:* | *Tel.Nr:* | | | | |
| **NATIONALE** | | | | | | |
| *Alter:* | *Geschlecht:* | *Rasse:* | | | | |
| **VERDACHTSDIAGNOSE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **GEWÜNSCHTES VERFAHREN** | | | CT | | MRT | |
| *Welche Region soll mittels CT / MRT untersucht werden?* | | | | | | |
| ***Liquorentnahme*** | | | JA | | NEIN | |
| ***Feinnadelaspirationsbiopsie*** | | | JA | | NEIN | |
| ***Biopsie*** | | | JA | | NEIN | |
| ***Sonstige weiterführende Untersuchungen*** | | | JA | | NEIN | |
| *Falls JA, welche?* | | | | | | |
| **VORBERICHT** | | | | | | |
| ***Zeigt der Patient Nasenausfluss?*** | | | | JA | | NEIN |
| *Falls JA, bitte beschreiben!* | | | | | | |
| ***Liegen Fressstörungen vor?*** | | | | JA | | NEIN |
| *Falls JA, bitte beschreiben!* | | | | | | |
| ***Wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?*** | | | | JA | | NEIN |
| *Falls JA, bitte ggf. Bilder bereitstellen!* | | | | | | |
| ***Wurde eine Ultrasonografie durchgeführt?*** | | | | JA | | NEIN |
| *Falls JA, bitte beschreiben und ggf. Bilder bereitstellen!* | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wurde eine CT/MRT-Untersuchung durchgeführt?*** | JA | NEIN |
| *Falls JA, bitte beschreiben und ggf. Bilder bereitstellen!* | | |
| ***Trägt das Pferd einen Verband am Bein?*** | JA | NEIN |
| ***Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?*** | JA | NEIN |
| *Falls JA, welche?* |  |  |
| ***Wurde bereits eine Blutuntersuchung durchgeführt?*** | JA | NEIN |
| *Falls JA, bitte Zeitpunkt angeben und Kopie des Befundes beilegen oder senden:* |  |  |
| ***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 |
| *Falls JA, welche?* |  |  |
| ***Wann erfolgte die letzte Zahnkontrolle bzw. –behandlung? Datum:*** | | |
| ***Treten Probleme beim Reiten, Aufzäumen bzw. bei der Anlehnung auf?*** | | |
| ***Welche Therapien wurden bereits durchgeführt?*** | | |
| ***Wie war der bisherige Krankheitsverlauf (Verschlechterung, Besserung, gleichbleibend, wechselhaft)?*** | | |
| ***Sonstige Anmerkungen:*** | | |

*Datum, Stempel und Unterschrift des zuweisenden Tierarztes*