

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!			

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>		
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