

# Radiologie Köln-Kalk

**Gemeinschaftspraxis für RADIOLOGIE und NUKLEARMEDIZIN**  
Buchforststr. 2, 51103 Köln Tel.: 0221 / 985284-0 Fax: 0221 / 98528424

---

Name: \_\_\_\_\_ (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Kernspintomografie

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder ein sonstiges elektronisches Implantat (Insulinpumpe, Defibrillator, Innenohr-Implantat)? Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_
- Sind Sie am Herz oder am Kopf operiert? Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_
- Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen? Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_
- Stillen Sie? Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_
- Ich trage Metall im Körper (z.B. Hüftprothese, Granatsplitter) Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_
- Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich einverstanden Ja\_\_\_\_\_ Nein\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, den