

Name: _____ (bitte in Druckbuchstaben)

Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Fragenbogen 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 _____
- Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein Piercing? Ja _____ Nein _____

Unterschrift des Patienten

Ort, den