

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei Ihnen soll eine

Hirnfunktionsszintigrafie

durchgeführt werden. Hierzu benötigen wir von Ihnen noch einige Angaben.

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen!

Name: _____

Archivnummer: _____

Vorname: _____

Geschlecht: **M** **W**

Geboren: _____

- Wurde bei Ihnen bereits früher eine Hirnfunktionsszintigrafie durchgeführt? Ja Nein

Falls ja wann und wo

- Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? Ja Nein

- Wurden Sie am Gehirn schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn Ja, wo (welche Region):

- Haben akute oder chronische Beschwerden zu dieser Untersuchung geführt? Ja Nein

Wenn Ja, bitte kurz schildern:

.....

- Wurde bei Ihnen bereits eine Computertomografie oder Magnetresonanztomografie des Gehirnes durchgeführt? Ja Nein

Wenn Ja, wo:

- Wann haben Sie Ihren nächsten Termin beim zuweisenden Arzt? Datum:

- Wer ist Ihr Hausarzt? Name / Vorname / Adresse:

Zusätzliche Angaben bei Frauen:

Besteht eine Schwangerschaft: Ja Nein

Datum der letzten Menstruation:

Stillen Sie zur Zeit? Ja Nein

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, alle Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Eintragungen des/der medizinisch-technischen Assistentin/en

- Menge und Art der applizierten Aktivität:

- Zeitpunkt und Ort der Injektionsstelle:

- Aufnahmezeitpunkt und Intervall zur Injektion: