

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: .....