

Fragebogen

Magnetresonanz-Tomografie

Dahlem Institute for Neuroimaging of Emotion D.I.N.E.
Cluster of Excellence "Languages of Emotion"
Freie Universität Berlin

Name, Vorname:.....

Lesen Sie sich zu Ihrer eigenen Sicherheit diesen Fragebogen gründlich durch und beantworten Sie gewissenhaft alle Fragen. Wenn Sie sich nicht sicher sind oder eine Frage nicht verstehen, wenden Sie sich bitte an einen unserer Mitarbeiter. Unterschreiben Sie anschließend den Fragebogen und lassen Sie sich von einem Mitarbeiter einweisen, bevor Sie den Magnet-Bereich betreten.

Wichtig: Aufgrund des sehr starken Magnetfeldes dürfen keinerlei Gegenstände oder Geräte, die aus Metall sind oder Metall enthalten könnten, mit in den Untersuchungsraum genommen werden. Legen Sie solche Gegenstände und Geräte (z.B. Mobiltelefone, Münzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen, Uhren, Schmuck, Brillen, Gürtel, Hörgeräte, Funkrufempfänger) unbedingt vorher ab!

Achtung: der Magnet ist immer an!

Betreten Sie den Untersuchungsraum nur nach Aufforderung durch das Personal!

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

1	Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers, Defibrillators, Hörgeräts, Medikamentenpumpe (Insulin?), Neurostimulators, Implantat mit Magnetventil (z.B. künstlicher Darmausgang)? Wenn ja, welche?	Ja Nein
2	Wurden Sie schon einmal an Kopf oder Herz operiert? Wenn ja, warum?	Ja Nein
3	Befinden sich an oder auf Ihrem Körper Metallteile oder metallhaltige Geräte (z.B. Beinprothesen, Elektroden, Katheter, Langzeit-EKG, Bestrahlungsquellen, Akupunkturnadeln, Piercing)? Wenn ja, welche?abnehmbar? Ja Nein	Ja Nein
4	Befinden sich in Ihrem Körper Metallteile oder Implantate, die z.B. bei einer Operation oder Verletzung mit einem metallischen Fremdkörper in Ihren Körper gelangt sind (z.B. Hüftprothesen, künstliche Gelenke, Herzklappen, Gefäßverschlüsse oder -erweiterungen, chirurgische Clips, Knochenschrauben oder -platten, Spirale, Shunts, Katheter, Elektroden, Spulen, Bestrahlungsquellen, Granatsplitter, Projektile, Stents)? Wenn ja: welche?.....	Ja Nein
5	Tragen Sie magnetisch fixierte Implantate (z. B. Zahnprothesen, Glasauge)?	Ja Nein
6	Haben Sie beruflich oder privat mit der Verarbeitung von Metallen zu tun?	Ja Nein
7	Tragen Sie (außer Amalgam-Füllungen) Zahnersatz, Brücken oder Zahnklammern/-spangen? Wenn ja: welche?.....abnehmbar? Ja Nein	Ja Nein
8	Leiden Sie unter einer schweren Erkrankung der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems oder des Bewegungssystems (z.B. Asthma, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Lähmungen)?	Ja Nein

	Wenn ja: welche?.....	
9	Leiden Sie unter Diabetes oder einem Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	Ja Nein
10	Neigen Sie zu Klaustrophobie, Schwindel- oder Panikanfällen?	Ja Nein
11	Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein permanentes Make-up?	Ja Nein
12	Ist bei Ihnen eine Kontrastmittel-Allergie bekannt?	Ja Nein
13	Leiden Sie unter anderen Allergien? wenn ja, welche?.....	Ja Nein
14	Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche?.....	Ja Nein
15	Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente oder Alkohol zu sich genommen?	Ja Nein

Nur von Frauen auszufüllen:

17	Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	Ja Nein
18	Tragen Sie eine Kupferspirale?	Ja Nein

Ich habe diese Information und alle mich betreffenden Fragen verstanden und nach bestem Wissen wahrheitsgemäß beantwortet.

Datum:..... Unterschrift:.....

– wird vom Personal ausgefüllt –

Untersuchung unbedenklich

KEINE Untersuchung möglich

Bemerkungen:.....

Datum:..... Unterschrift:.....