



RADIOLOGIE-EINS

Begleitperson

Name, Vorname..... Geburtsdatum:.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator ? ja nein

Wurden Sie am Herzen, Kopf oder den Schlagadern operiert? ja nein

Befinden sich Metallteile in Ihrem Körper? (z.B.Stents,Hüftprothesen,Gefäßclips,Granatsplitter etc.) ja nein

Wenn ja, was und seit wann?

Tragen Sie ein Hörgerät, Innenohrimplantat oder eine Insulinpumpe? ja nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger ? ja nein

WICHTIG: Vor Beginn der Untersuchung müssen Sie alle losen Metallgegenstände ablegen.

Berlin, den Unterschrift.....