

Studienstelle: Klinik für Klinische Neurophysiologie, Medizinische Fakultät, Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37070 Göttingen, Tel.: 0551/396650, Telefax: 0551/398126

Studienarzt: Prof. Dr. med. Martin Sommer, E-Mail: msommer@gwdg.de

Titel der Studie:
Neurophysiologische Mechanismen für flüssiges Sprechen bei stotternden Personen

Untersuchungsteil:

Experiment 1 Unterschiede von flüssiger und gestotterter Sprachinitiierung und -planung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie fragen, ob Sie bereit sind, an der nachfolgend beschriebenen wissenschaftlichen Studie teilzunehmen.

Wissenschaftliche Studien sind notwendig, um Erkenntnisse über neurobiologische Zusammenhänge zu gewinnen und wissenschaftlich fundierte Therapiemethoden zu entwickeln und zu verbessern. Die wissenschaftliche Studie, die wir Ihnen hier vorstellen, wurde – wie es das Gesetz verlangt – von der zuständigen Ethikkommission zustimmend bewertet. Diese Studie wird in der Klinik für Klinische Neurophysiologie, Göttingen durchgeführt; es sollen insgesamt ungefähr 20 stotternde und 20 nicht stotternde Personen daran teilnehmen. Die Studie wird veranlasst, organisiert und finanziert durch die Universitätsmedizin Göttingen, dem Sponsor dieser Studie.

Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Studie also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen oder später aus ihr ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen daraus keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf die geplante Studie angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf erläutern. Anschließend wird ein Studiendurchführender das Aufklärungsgespräch mit Ihnen führen. Bitte zögern Sie nicht, alle Punkte anzusprechen, die Ihnen unklar sind. Sie werden danach ausreichend Bedenkzeit erhalten, um über Ihre Teilnahme zu entscheiden.

1. Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Ursache des in der Kindheit entstehenden Stotterns ist weitgehend unbekannt. Wir wollen daher beobachten, was das Gehirn beim Sprechen tut. Dazu wollen wir Erregungs- und Hemmungsvorgänge in den für die Sprechbewegung zuständigen Bereiche des Gehirns messen, und zwar mit dem sogenannten Elektroenzephalogramm (EEG). Dies ist eine klinisch routinemäßig eingesetzte Untersuchung. Sie erfasst sehr schwache, spontan vom Gehirn hervorgerufene elektrische Ströme durch auf die Kopfhaut aufgelegte Elektroden.

Diese Untersuchung wird dazu beitragen, dem Stottern zugrundeliegende Störungen in den für die Sprechbewegungen zuständigen Bereichen des Gehirns besser zu verstehen.

2. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten?

Vorbereitung: Zunächst wollen wir Sie über die Studie aufklären. Nach Ihrer Einwilligung werden wir einige Fragen zu Ihrer Person stellen und zur Beurteilung der Sprechflüssigkeit eine Sprechprobe mit Video aufzeichnen. Hierfür bitten wir Sie einen Text vorzulesen und anschließend so ausführlich wie möglich über ihren letzten Arbeitstag/Studententag inklusive einer Wegbeschreibung und über einen Film/Buch zu berichten. Auf diesem Video werden Sie vollständig zu sehen sein.

Wir wollen für diese Studie ein Elektroenzephalogramm (EEG) ableiten. Dazu wird eine Kappe mit 256 EEG-Elektroden auf Ihrem Kopf befestigt. Zu Verletzungen oder dauerhaften Schädigungen kommt es hierbei nicht. Bestimmte Potentialmuster, die über eine Hirnstromkurve schmerzlos gemessen werden, können anschließend analysiert werden.

Diese Untersuchungen finden zunächst in Ruhe statt. Anschließend wollen wir diese Untersuchungen durchführen, während Sie sprechen. Dazu werden wir Sie bitten, auf einem Bildschirm gezeigte echte oder Pseudo-Wörter vorzulesen. Diese Sprechaufgabe wollen wir mehrfach mit unterschiedlichen echten oder Pseudo-Wörtern wiederholen. Die Sprechaufgabe wird vor Messungsbeginn kurz trainiert, damit Sie mit ihr vertraut sind.

Zusätzlich ist zur Auswertung der EEG Daten eine Magnet-Resonanztomographie erforderlich. Die gesamte Untersuchung dauert inklusive Voruntersuchungen und des MRT zweieinhalb bis drei Stunden, was auf zwei Termine aufgeteilt werden kann.

Aus den durchgeführten Untersuchungen, die gelegentlich medizinisch bedeutsame Tatsachen zu Tage fördern können, kann keinerlei Anspruch auf eine vollständige Gesundheitsuntersuchung abgeleitet werden.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder wenn Sie mehr über die Untersuchungsmethode erfahren wollen. Wir geben Ihnen gerne weitere Auskunft im Gespräch. Bitte fragen Sie nach allem, was Ihnen wichtig erscheint.

Detailinformationen zum MRT:

Die Magnetresonanztomografie (MRT, auch: Kernspin-Tomografie) bietet die Möglichkeit, durch den unversehrten Schädel hindurch hochauflösender Bilder vom Aufbau des Gehirns zu gewinnen. Die MRT wird ca. 15 Minuten dauern. Bei der MRT werden keine Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffe verwendet. Während der Untersuchung befindet sich Ihr Körper in einem Magnetfeld. Radiowellenimpulse mit UKW-Frequenzen erzeugen Echosignale, die von empfindlichen Antennen aufgefangen werden. Ein Computer errechnet hieraus Schnittbilder Ihres Körpers.

Die MRT-Untersuchung wird in einem speziellen Raum durchgeführt, um Störungen durch lokale Rundfunksender zu vermeiden. Sie liegen auf einer Liege, die sich in eine etwa 65 cm große Öffnung des Gerätes bewegt. Die Untersuchungszeit beträgt 15 Minuten. Sie werden allerdings nur dann untersucht, wenn sie das typische funktionsbedingte Klopfen hören, das durch das Zuschalten schwacher Magnetfelder verursacht wird. Von der Untersuchung selbst ist im Normalfall nichts zu spüren. Bei bestimmten Untersuchungen können in seltenen Fällen Nerven stimuliert werden, was zu

einem leichten „Kribbeln“ oder Zucken von Muskeln während der Messung führen kann, aber keinerlei Gefahr für Sie darstellt. Eine Kontrastmittelgabe ist nicht vorgesehen.

Sie sollten ruhig und entspannt liegen, sich während der Untersuchung nicht bewegen und insbesondere den Kopf ruhig halten. Über eine Notfallklingel und eine Gegensprechanlage können Sie jederzeit mit dem Untersucher, der Sie auch sehen kann, Kontakt aufnehmen. Nach Möglichkeit sollten Sie hierfür aber eine Pause zwischen den Messungen abwarten.

Bevor Sie den Untersuchungsraum betreten, ist es unbedingt notwendig, alle metallischen Gegenstände abzulegen, die sich an Ihrem Körper, an Ihrer Kleidung, oder in Ihren Taschen befinden (z.B. Mobiltelefone, Münzen, Kugelschreiber, Schlüssel, Haarspangen, Uhren, Schmuck, Brillen, Gürtel, Hörgeräte). Bitte beachten Sie auch, dass Scheckkarten mit Magnetstreifen außerhalb des Untersuchungsraumes bleiben müssen. Sie werden sonst im Magnetfeld gelöscht.

Die MRT-Untersuchung ist mit lauten Geräuschen verbunden. Zur Abschirmung dieser Geräusche und zum Schutz Ihrer Ohren werden Sie Ohrstöpsel bekommen, so dass von diesen Geräuschen keine Gefahr für eine Schädigung Ihres Gehörs ausgeht.

Die Untersuchung selbst ist ein völlig ungefährliches Verfahren. Für gewisse Risikogruppen, z.B. Personen mit Metallteilen im Körper (Implantaten), mit stark angegriffenem Herz-Kreislaufsystem oder unter dem Einfluss bestimmter Medikamente, birgt sie jedoch z. T. erhebliche Gefahren. So können beispielsweise im Magnetfeld Knochenschrauben verdreht, Gefäßclips gelöst oder eine Überlastung des Herz-Kreislaufsystems auftreten. Damit wir eine Gefährdung für Sie ausschließen können, erhalten Sie von uns einen Fragebogen, den Sie bitte gründlich durchlesen und gewissenhaft ausfüllen.

Auch die MRT-Untersuchung selbst kann jederzeit von Ihnen abgebrochen werden. Sie bekommen einen Druckknopf in die Hand, auf den Sie drücken sollen, sobald Sie wünschen, dass die Untersuchung unterbrochen oder abgebrochen werden soll. Sie stehen zudem über ein Mikrofon in ständigem Kontakt mit den studierendurchführenden Personen, so dass Sie jederzeit mit den Personen außerhalb des MRT-Raums sprechen können.

3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?

Sie werden durch die Teilnahme an dieser Studie keinen persönlichen Vorteil oder Gesundheitsnutzen haben. Die Ergebnisse der Studie können aber möglicherweise zu einer zukünftigen verbesserten Diagnose und Behandlung von *persistentem Entwicklungsstottern* beitragen.

4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

Wegeunfälle zur und von der Untersuchungsstelle sind nicht versichert.

Das EEG ist ein gefahrloses klinisches Routineverfahren. Von manchen Probanden wird die Elektrodenkappe als etwas drückend empfunden. Melden Sie sich bitte, wenn die Kappe nicht gut sitzt, damit wir Lage und Befestigung der Kappe für Sie angenehmer gestalten können.

Nach Einführung der MRT vor etwa 20 Jahren werden heutzutage jährlich etwa 60 Millionen Untersuchungen weltweit durchgeführt. Dabei haben sich keine nachteiligen Neben- oder Nachwirkungen gezeigt. Nach dem Stand unseres Wissens sind bei den von der MR-Forschungsgruppe

verwendeten Bedingungen keine schädigenden Wirkungen zu erwarten. Im MRT könnten Enge, Klopfgeräusche und die lange Rückenlage als Belästigung empfunden werden.

5. Wer darf an dieser wissenschaftlichen Studie nicht teilnehmen?

1. Andere neurologische Erkrankungen, akut oder in der Vorgeschichte (z. B. Epilepsie, Hirntumor, Schlaganfall)
2. Alter <18 oder >70.
3. Metallimplantate im Kopf oder Herzschrittmacher, metallenthaltene Objekte / andere Objekte mit Risiken bei Kontakt mit den Elektroden.
4. Vorliegen einer gravierenden internistischen (Erkrankung der inneren Organe: schwere Hypertonie, dekompensierte Herzinsuffizienz) oder psychiatrischen (seelische Erkrankung) Vorerkrankung, insbesondere Schizophrenie (seelische Erkrankung mit Wahn, Trugwahrnehmungen und Störungen des Denkens) oder Manie (Erkrankung des Gemütes mit gehobener Stimmung).
5. Drogen-, Medikamenten- und/oder Alkoholabhängigkeit
6. Aktuelle Teilnahme an einer Stottertherapie
7. gleichzeitige Teilnahme an einer anderen wissenschaftlichen oder klinischen Studie.

6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Für Ihre Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von 10, 00 Euro pro Stunde.

7. Werden mir neue Erkenntnisse während der wissenschaftlichen Studie mitgeteilt?

Wenn Sie möchten, werden Sie über neue Erkenntnisse, die in Bezug auf diese wissenschaftliche Studie bekannt werden, informiert.

8. Kann meine Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie vorzeitig beendet werden?

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden. Ein Widerruf hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Unter gewissen Umständen ist es aber auch möglich, dass die Studiendurchführenden Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie vorzeitig zu beenden, ohne dass Sie auf die Entscheidung Einfluss haben. Die Gründe hierfür können z. B. sein, dass die gesamte wissenschaftliche Studie abgebrochen wird.

9. Was geschieht mit meinen Daten?

Während der Studie werden personenbezogene Daten erhoben und nur in pseudonymisierter Form aufgezeichnet. Pseudonymisierung bedeutet Verschlüsselung von Daten/Proben ohne Namensnennung nur mit Nummern codiert. Die Zuordnung der Daten oder Proben zu einer Person ist nur möglich, wenn hierfür der Schlüssel eingesetzt wird, mit dem die Daten pseudonymisiert wurden. Die

personenbezogenen Daten/Proben werden unter besonderen Schutzvorkehrungen getrennt von der Schlüsselliste aufbewahrt. Eine Entschlüsselung ist nur durch die verantwortlichen Studiendurchführenden möglich. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen.

Auf den Videos zur Erfassung der Sprechflüssigkeit werden Sie vollständig zu sehen sein. Die angefertigten Videos werden pseudonymisiert in der Abteilung Klinische Neurophysiologie aufbewahrt, das heißt der Videodatei wird ein Buchstabencode zugeordnet, der nur vom Studienleiter Prof. Sommer entschlüsselt werden kann. Das Video wird ausschließlich von Prof. Sommer und Mitarbeitern zur Analyse eingesehen. Das Videomaterial wird nicht vorgeführt, sondern ausschließlich im Rahmen der Studie genutzt. Restmaterial wird bei Abschluss der Studie vernichtet. Bei Widerruf der Studienteilnahme werden alle Videodaten gelöscht.

Die gesetzlichen Bestimmungen enthalten nähere Vorgaben für den erforderlichen Umfang der Einwilligung in die Datenerhebung und -verwendung. Die Verwendung der Angaben über Ihre Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung können Sie nicht an der wissenschaftlichen Studie teilnehmen. Sie können jederzeit die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie beenden. Beim Widerruf Ihrer Einwilligung, an der Studie teilzunehmen, werden alle bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten gelöscht.

Ihre Daten werden nach Beendigung oder Abbruch der Studie mindestens zehn Jahre aufbewahrt. Danach werden Ihre personenbezogenen Daten gelöscht.

Die ärztliche Schweigepflicht und die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird der Name ebenfalls nicht genannt.

10. Zufallsbefunde bei Auswertung der MRT-Aufnahmen

Bei der Auswertung der MRT-Aufnahmen Ihres Gehirns besteht die Möglichkeit, dass sich Auffälligkeiten zeigen, die entweder keinen Krankheitswert haben oder aber als krankhaft einzustufen sind. Sie selbst entscheiden, in welchem Fall Sie über eventuelle Auffälligkeiten/ Befunde informiert werden.

In der unten angefügten Einwilligungserklärung können Sie entscheiden, ob Sie

- a) über alle Zufallsbefunde informiert werden möchten.
- b) nur über diejenigen Zufallsbefunde informiert werden, von denen die Ärzte denken, dass diese für Sie große medizinische Bedeutung haben könnten.
- c) grundsätzlich nicht über Zufallsbefunde informiert werden möchten.

11. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?

Beratungsgespräche an der Studienstelle

Sie haben stets die Gelegenheit zu weiteren Beratungsgesprächen mit dem auf Seite 1 genannten oder einem anderen Studiendurchführenden.

Studiendurchführende: Prof. Dr. Martin Sommer Geschäftsführender Oberarzt Abteilung Klinische Neurophysiologie Georg-August-Universität Göttingen UMG Robert Koch Str. 40 37075 Göttingen Tel.: 0551/398463	Alexandra Korzeczek, PhD Student, Klinische Linguistin (M.Sc.) Abt. Klinische Neurophysiologie Georg-August-Universität Göttingen UMG Robert Koch Str. 40 37075 Göttingen Tel.: 0551/39 65106
---	--

Studienstelle: Abteilung Klinische Neurophysiologie, Medizinische Fakultät, Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37070 Göttingen, Tel.: 0551/396650, Telefax: 0551/398126

Studienarzt: Prof. Dr. med. Martin Sommer, E-Mail: msommer@gwdg.de

Titel der Studie:
Neurophysiologische Mechanismen für flüssiges Sprechen bei stotternden Personen

Untersuchungsteil:
Experiment 1 Unterschiede von flüssiger und gestotterter Sprachinitiierung und -planung

Einwilligungserklärung

.....
Name des Probanden/ der Probandin in Druckbuchstaben

Ich bin in einem persönlichen Gespräch durch den Studiendurchführenden/ die Studiendurchführende

.....
Name der Studiendurchführenden/ des Studiendurchführenden

ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der wissenschaftlichen Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Teilnehmerinformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Datenschutzerklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit dem Studiendurchführenden über die Durchführung der wissenschaftlichen Studie zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet.

Bei der Auswertung der MRT-Aufnahmen meines Gehirns besteht die Möglichkeit, dass sich Auffälligkeiten zeigen, die entweder keinen Krankheitswert haben oder aber als krankhaft einzustufen sind. Ich möchte:

- über alle Zufallsbefunde informiert werden.
- nur über diejenigen Zufallsbefunde informiert werden, von denen die Ärzte denken, dass diese für mich große medizinische Bedeutung haben könnten.
- grundsätzlich nicht über Zufallsbefunde informiert werden möchten.

Möglichkeit zur Dokumentation zusätzlicher Fragen seitens des Teilnehmers oder sonstiger Aspekte des Aufklärungsgesprächs:

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ich willige ein, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile für meine medizinische Behandlung entstehen.

Datenschutz:

Ich willige ein, dass im Rahmen dieses Forschungsvorhabens personenbezogenen Daten erhoben und in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form in aufgezeichnet und gespeichert werden. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich weiß, dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Ich weiß, dass ein Widerruf keine nachteiligen Folgen für mich mit sich zieht. Im Falle des Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Videoaufnahme, auf der ich vollständig zu sehen bin, pseudonymisiert gespeichert werden und von Prof. Sommer und Mitarbeiter eingesehen werden darf. Das Video wird 10 Jahre lang gespeichert. Bei Widerruf wird das Video gelöscht.

**Ich erkläre mich bereit,
an der oben genannten wissenschaftlichen Studie
freiwillig teilzunehmen.**

Ein Exemplar der Probanden-Information und -Einwilligung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Studienzentrum.

.....
Name des Probanden/ der Probandin in Druckbuchstaben



.....
Datum

.....
Unterschrift des **Probanden/ der Probandin**

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Probanden/ der Probandin eingeholt.

.....
Name des Studiendurchführenden / der Studiendurchführenden in Druckbuchstaben

.....
Datum

.....
Unterschrift des aufklärenden **Studiendurchführenden/
der Studiendurchführenden**

Fragebogen MR-Untersuchung

Fassung 3/2008

Untersuchung: Magnetresonanz-Tomografie oder Spektroskopie

MR-Forschung in der Neurologie und Psychiatrie

Bereich Humanmedizin - Georg-August-Universität Göttingen

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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2	Wurden Sie schon einmal an Kopf oder Herz operiert? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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, Granatsplinter, Projektile, Stents)? Wenn ja: welche?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5	Tragen Sie magnetisch fixierte Implantate (z. B. Zahnprothesen, Glasauge)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6	Haben Sie beruflich oder privat mit der Verarbeitung von Metallen zu tun?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7	Tragen Sie (außer Amalgam-Füllungen) Zahnersatz, Brücken oder Zahnklammern/-spangen? Wenn ja: welche?.....abnehmbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8	Leiden Sie unter einer schweren Erkrankung der Atemwege, des Herz-Kreislaufsystems oder des Bewegungssystems (z.B. Asthma, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Lähmungen)? Wenn ja: welche?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9	Leiden Sie unter Diabetes oder einem Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10	Neigen Sie zu Klaustrophobie, Schwindel- oder Panikanfällen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11	Sind Sie tätowiert oder haben Sie ein permanentes Make-up?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12	Ist bei Ihnen eine Kontrastmittel-Allergie bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13	Leiden Sie unter anderen Allergien? wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14	Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15	Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente oder Alkohol zu sich genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16	Wurde in den letzten 3 Tagen eine MRT-Untersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Nur von Frauen auszufüllen:

17	Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18	Tragen Sie eine Kupferspirale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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:.....