

Patientenvorabklärung rTMS-Behandlung

Name	Vorname	Geburtsdatum

Rechts- oder Linkshändigkeit: Rechts
 Links

	Ja	Nein
1. Wurden Sie bereits mit Magnetstimulation behandelt? Wenn ja, haben Sie Nebenwirkungen oder Komplikationen erlebt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wurde bei Ihnen bereits ein Kernspin (MRI) gemacht? Wenn ja, Wann war die letzte MRI-Untersuchung? Gab es ggf. Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie metallische Teile (Splitter, Clips usw.) im Gehirn oder im Skalp? Wenn ja, aus welchem Metall? Hatten Sie schon einmal eine Operation am Gehirn oder einen Unfall mit Beteiligung des Gehirnes ggf. mit Bewusstlosigkeit? Haben Sie Entzündungen im Gehirn oder an dessen Gefäßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Hörprobleme oder ein Pfeifen in den Ohren (Tinnitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie ein implantiertes Hörgerät ("Cochlea Implantat")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie einen Neurostimulator in Ihrem Körper oder ein Infusions- System, ein Shuntsystem am Schädel oder sonstige elektronische oder funkgesteuerte Geräte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie schon einmal einen Krampfanfall oder epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
9. Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder eine sog. Synkope (Ohnmachtsanfall) gehabt? Wenn ja, unter welchen Bedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben sie eine neurologische Erkrankung (z.B. Gehirntumor, gesteigerter Hirndruck, Gefäßmissbildungen im Gehirn, Parkinson, Alzheimer, etc)? Wenn ja, wie lautet die Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie lautet(en) ggf. die psychiatrische(n) Diagnose(n); bzw. was sind Ihre psychischen Hauptbeschwerden:		
12. Leiden Sie an einer sonstigen schweren Krankheit, u.a. Herz- oder Atmungserkrankung? Wenn ja, wie lautet die Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sind Sie schwanger oder gibt es eine Wahrscheinlichkeit, dass Sie es sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie an einem Restless-Legs Syndrom (unruhige Beine im Schlaf oder beim Einschlafen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leiden Sie unter Schlafmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Haben Sie Tätowierungen mit metallischer Tinte im Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konsumieren Sie erheblich viel Kaffee oder Alkohol Wenn ja, was und wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche (komplette Auflistung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift