

Fragebogen zur MRT – Untersuchung des Kopfes

Name: _____

Ja Nein

1. Wurden Sie am Kopf operiert?

2. Hatten Sie in letzter Zeit ein Trauma? (Sturz, Stoß etc.)

3. Bestehen bei Ihnen Sehstörungen? (Schatten im Auge, Doppelbilder, eingeschränktes Sehfeld, Flimmern vor den Augen, etc.)

4. Bei Kopfschmerzen:

- rechtsseitige Kopfschmerzen

- linksseitige Kopfschmerzen

- stirnseitige Kopfschmerzen

- Schmerzen am Hinterkopf

5. Leiden Sie gehäuft an Schwindel? Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

6. Leiden Sie an Ohrgeräuschen? (Tinnitus?)

7. Seit wann bestehen die Beschwerden?

Fragebogen zur MRT – Untersuchung des Kopfes

8. Treten Ihre Beschwerden regelmäßig oder unregelmäßig auf?

regelmäßig

unregelmäßig

9. Hatten Sie vor kurzem Voruntersuchungen am Kopf? (Röntgen, MRT, CT...?)

10. Sind bei Ihnen Vorerkrankungen am Kopf bekannt? Wenn ja, welche?