

# Risikoeinschätzung von Probanden mit möglichen Kontraindikationen

Studienverantwortlicher: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

Studie: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der geplanten Messung: \_\_\_\_\_

Scanner:

7T TERRA

3T MR/PET

3T PRISMA

\_\_\_\_\_

Probandeninformation:

Alter: \_\_\_\_\_

Krankheitsbild (falls zutreffend)? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

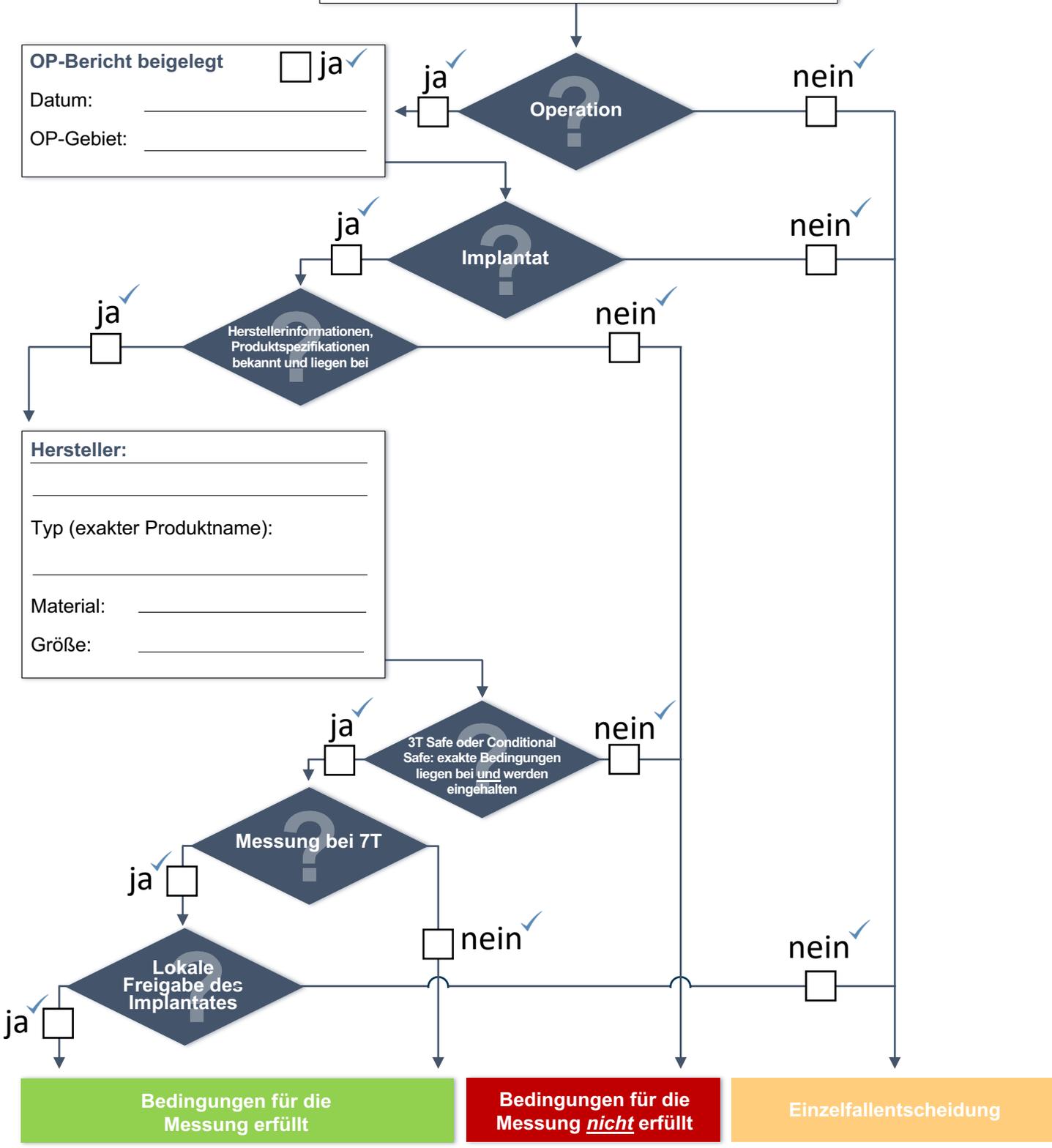
**Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden.**

Mögliche Kontraindikationen:


OP-Bericht beigelegt  ja ✓

Datum: \_\_\_\_\_

OP-Gebiet: \_\_\_\_\_



✓ Bitte Zutreffendes ankreuzen