

EXPERIMENTENBEWERTUNG

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Rechtshänder Linkshänder

Bitte schätzen Sie die folgenden Bedingungen des Experimentes ein:

1. POSITION (Kopfhaltung, Lagerung, Temperatur usw.):

2. OPTIK (Sicht, Monokular, Binokular; Doppelbilder, Anstrengung für die Augen, usw.)

3. VERSUCHSDURCHFÜHRUNG (Eindeutigkeit der Aufgabenstellung und der Instruktionen; Untersuchungsdauer, Aufmerksamkeit usw.)

Aufklärungsbogen

Universitätsklinikum Benjamin Franklin

Untersuchung in einem Magnetresonanztomographen

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Sehr geehrte Probandin, sehr geehrter Proband,

bei der folgenden Untersuchung werden Bilder durch ein großes Magnetfeld erzeugt. Um mögliche Komplikationen zu vermeiden, bitte wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

	Ja	Nein
1. Sind Sie Träger eines Herzschrittmachers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sind in ihrem Körper Metallteile (Prothesen, Granatsplitter)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sind Sie am Kopf oder Herz operiert worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Könnten Sie schwanger sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Untersuchung freiwillig erfolgt. Sie dient der Erforschung neuer Methoden in der prä-operativen Diagnostik in der Neurochirurgie.

Erklärung des Probanden:

Herr/Frau _____ hat mir in einem Aufklärungsgespräch die Untersuchungsmethode ausführlich erklärt. Hiermit willige ich in die Untersuchung ein und weiß, dass ich jederzeit von der Untersuchung zurücktreten kann.

Unterschrift des Probanden

Unterschrift des Versuchsleiters