Medizinische Angaben:

1. Datum und Art der Hirnverletzung:

2. Risikofaktoren für rTMS:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen.

- Ja Nein Metallische Objekte/Fremdkörper/Cochleaimplantat im Kopf?
- Ja Nein Herzschrittmacher?
- Ja Nein Tiefe Hirnstimulation?
- Ja Nein Epilepsie?
- Ja Nein Schwangerschaft?

Sollte eine der Fragen mit JA beantwortet werden, so ist eine Behandlung mit rTMS wahrscheinlich **nicht** möglich. Wir empfehlen eine weitere Abklärung mit einer Ärztin oder einem Arzt der Rehaklinik Zihlschlacht.

3. Aktuelle Medikation:

4. Mobilität & Hilfsmittel:

- Benötigt Gehhilfe Rollstuhl Sonstige Hilfsmittel:

5. Vorherige neurologische Therapien oder Rehabilitationsmassnahmen:

Wurde bereits eine rTMS durchgeführt? Ja Nein

Falls ja, wann und wo?

Einverständniserklärung:

Hiermit melde ich mich selbst zur repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) in der Rehaklinik Zihlschlacht an. Eine medizinische Indikation für die Behandlung liegt meines Erachtens vor.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme per E-Mail Telefon zur Terminvereinbarung einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass die Kosten aktuell nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Sie haben die Möglichkeit vor Beginn der ersten Behandlungseinheit bequem am Empfang per EC- oder Kreditkarte oder alternativ per Banküberweisung zu zahlen. Wir stehen Ihnen bei Fragen oder zur Terminvereinbarung gerne zur Verfügung.

Unterschrift Patientin/Patient:

Datum: