

Kontrolskema før MR-undersøgelser, skal udfyldes og medbringes

Navn _____

Fødselsdato _____

Vægt _____ Højde _____

Dit skuldermål (målt på det bredeste sted) må højst være 55 cm.
Du må højst måle 160 cm om livet (inklusive armene) målt med armene langs siden.

Kontraindikationer:

		Ja	Nej			Ja	Nej
1	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	Øreimplantater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	Neuro-stimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Opereret i hjertet (fx stents, coils, clips etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Metal fremmedlegemer i kroppen inklusive øjnene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Opereret i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Piercinger (Skal fjernes inden skanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svarer du JA til spørgsmålene 1-7, bedes du udfylde "Uddybende Oplysninger".

Uddybende Oplysninger (brug eventuelt bagsiden)
--

		Ja	Nej			Ja	Nej
A	Lider du af allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B	Lider du af klaustrofobi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Udfyld, hvis du forestiller dig, at nedenstående på nogen måde kan have betydning i MR-regi:

Sygdomme	
Medicinindtag	

Underskrift:

Forsøgsperson/Patient:		Dato:	
Forsker:		Dato:	