

MR kontrolskema

PERSON DATA:

NAVN:

HØJDE:

CPR NR:

VÆGT:

STATUS

Udfyld skemaet.

Ved tvivl, kontakt MR-personalet på tlf. 35 45 88 20 mandag til fredag mellem kl 8:00 og 14:00

	JA	NEJ	OPERATION	HOSPITAL/SYGEHUS	ÅRSTAL
Operationer i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Operationer i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Implantater af metal i kroppen -Hvilken type (navn/serienr/metatype):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	JA	NEJ		NOTER:	
Fremmedlegemer af metal i øjnene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pacemaker/ICD-enhed/Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Øreimplantater herunder høreapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nyresygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergi for medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gravid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ved klaustrofobi, og behov for beroligende medicin, skal du møde 1 time før undersøgelsestid, og kontakte receptionen når du ankommer.

PATIENT/VÆRGE BEKRÆFTER HERMED, AT OVERSTÅENDE KONTROLSKEMA ER BESVARET KORREKT.

UNDERSKRIFT:

DATO: