

Kontrolskema før MR-undersøgelse

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Vægt: _____ Højde: _____



| | Nej | Ja | Hvis Ja - Kommentar: |
|---|-----|----|-------------------------|
| Har du pacemaker eller efterladte elektroder? | | | |
| Har du proteser i hjertet (f.eks. kunstige hjerteklapper)? | | | |
| Har du indsat rør (stents) i kranspulsårer eller andre blodkar? | | | |
| Er du opereret i hjernen? | | | |
| Har du kunstige dele i mellemøret (øreimplantat)? | | | |
| Har du indsat elektroder til nervestimulation? | | | |
| Har du indsat insulinpumpe? | | | |
| Har du indsat metaldele i kroppen (f.eks. metalclips, kunstige knæ, hofter, tandbøjle)? | | | |
| Har du akupunktur nåle på kroppen? (f.eks. ved rygestop) | | | |
| Har du metalsplinter i øjnene? | | | |
| Har du medicinsk plaster med metalbagside? | | | |
| Har du piercinger? | | | |
| Er du gravid? | | | |
| Har du problemer med at ligge stille? | | | |
| Har du klaustrofobi? | | | |
| Er du opereret indenfor de seneste 3 måneder? | | | |
| Skal vi bestille returkørsel? | | | |

Uddybende oplysninger: _____

Jeg (patienten) bekræfter hermed, at ovenstående kontrolskema er besvaret korrekt, og at der ikke findes kontraindikationer for MR-skanning og er orienteret om undersøgelsen og de ricici, der er forbundet med MR-skanning.

Jeg (patienten) har accepteret undersøgelsen og har accepteret, at der - om nødvendigt ved beskrivelsen - indhentes beskrivelse og/eller billedmateriale fra relevante tidligere undersøgelser foretaget på et andet undersøgelsessted.

Såfremt du har svaret "nej" til ovenstående spørgsmål, er der ingen kendte ricici ved MR scanning.

Underskrift - **patient**: _____

Dato: _____

Underskrift - **radiograf**: _____

Dato: _____

Skemaet udfyldes og **afleveres til radiografen** før undersøgelsen.

MR-scanner.dk - Meteorvej 9B - 8700 Horsens - Tlf. 7020 3002 - Fax 6913 1555
Mail: Kontakt@MR-scanner.dk - Web: www.MR-scanner.dk