

# Metalskema MR Scanner Viborg

Udfyldes og medbringes til undersøgelsen

Navn: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Højde: \_\_\_\_\_ Vægt: \_\_\_\_\_

Telefon nr. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Spørgsmål	Nej	Ja	Hvis Ja, uddybende oplysninger
Har du tidligere fået <b>MR-scannet</b> det samme område af kroppen, som du skal have scannet hos os?			Sygehus /klinik: Årstal:
Har du pacemaker eller efterladte elektroder? <b>Kontraindikation og du kan ikke scannes.</b>			
Er du gravid?			Trimester?
Har du metalclips, coils, stents, regulerbare shunts?			
Har du andre metalliske fremmedlegemer i kroppen f.eks. metalsplinter i øjnene?			
Har du kunstige hjerteklapper?			Type:                      Årstal:
Har du neurostimulatorer, insulinpumpe, baclofenpumpe m.m.?			
Har du øreimplantater / høreapparat?			
Har du nogen form for allergi?			
Har du medicinske plastre fx hormon, morfin eller nikotinplastre?			
Lider du af klaustrofobi?			Evt. beroligende medicin fås hos egen læge.
Har du indvendinger imod, at der indhentes journaloplysninger og billedmateriale, hvis det skønnes nødvendigt?			

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Svaret videresendes automatisk til relevante behandlere i sundhedssektoren, Dette sker udelukkende under hensyntagen til patientens interesser og behov. Patienten kan dog frabede sig dette.

Ved spørgsmål til ovenstående kontakt klinikken på Tlf.87250890 på hverdage fra kl. 8 - 12 eller via mail: [info@mrscannerviborg.dk](mailto:info@mrscannerviborg.dk)