

Röntgen
Värnamo sjukhusNamn.....
Personnummer.....**Frågor att besvara inför magnetkameraundersökning**

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Har du eller har du haft pacemaker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har du något av följande i kroppen? (Obs! Tandlagningar och ledproteser är inga problem).
Insulinavkännare ska tas bort inför undersökningen. | | |
| Metallelips, medicinpump, neurostimulator, shunt, tandställning
Annat elektriskt eller batteristyrkt implantat.
Om Ja, ange vad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du skadats av metallsplitter eller dylikt, tex fått metallflisa i ögat, granatsplitter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad..... | | |
| 4. Har du genomgått operation i hjärtat, huvudet eller öronen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, ange vad..... | | |
| 5. Kvinnor: Är du gravid/ammar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Har du myastenia gravis (sällsynt muskelsjukdom) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om någon av frågorna besvarats med JA eller om du undrar över något ska du snarast ta kontakt med oss på röntgen, MR-sektionen, tel 010 – 244 76 00

För undersökningen behövs uppgifter om längd och vikt.

Vikt:..... kg Längd:..... cm

Ta med ifyllt formulär och fotolegitimation på undersökningsdagen!.....
Underskrift patient

eller

.....
Ansvarig läkare