

**Namn:** \_\_\_\_\_ **Personnr:** \_\_\_\_\_

Besvara frågorna nedan och tag med detta formulär till oss på undersökningsdagen.

**1. Har du opererats i**

huvudet? Ja  Nej

hjärtat? Ja  Nej

örat? Ja  Nej

**2. Har du, eller har du haft något av följande i kroppen?**

Pacemaker Ja  Nej

Medicinpump (för t.ex. insulin, blodsockermätare) Ja  Nej

Neurostimulator (t.ex. i hjärnan eller ryggen) Ja  Nej

Hörselimplantat (t.ex. cochleaimplantat) Ja  Nej

Annat elektriskt eller batteristyrkt implantat Ja  Nej

Om Ja på frågan ovan, vad? \_\_\_\_\_

**3. Har du något inopererat föremål som kan innehålla metall?**

Kärlclips eller stent (t.ex. i hjärnan eller hjärtat) Ja  Nej

Föremål såsom trachealtub, hudexpanderare, skruvar, hjärtklaff, shunt, protes, fast tandställning m.m. Ja  Nej

Om Ja på frågan ovan, vad? \_\_\_\_\_

**4. Har du något främmande metallföremål i kroppen?**

Metallsplitter eller svetsloppa i ögat Ja  Nej

Granatsplitter, kulor eller hagel Ja  Nej

Annat metallföremål om Ja, vad? \_\_\_\_\_

**5. Är du gravid eller ammar du?** Ja  Nej

**6. Har du någon känd njursjukdom?** Ja  Nej

Vikt: \_\_\_\_\_ kg

**Kontakta MR avdelningen innan undersökningen om du svarat JA på någon av frågorna ovan. MR-Kameran SkaS Skövde: Telefon 0500 – 43 13 90**

**MR-kameran SkaS Lidköping: Telefon 0510 – 850 13**

Datum och Underskrift patient (> 18 år), vårdnadshavare eller remitterande läkare