FRÅGEFORMULÄR Inför magnetkameraundersökning

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |
| Vikt (kg): | Längd (cm): |

Metallföremål i eller på kroppen kan orsaka allvarlig skada av Dig eller MR-kameran. Om någon av nedanstående frågor besvaras med **JA så MÅSTE** du kontakta oss snarast, **även om du genomgått MR-undersökning tidigare.**

  Telefonnummer xxxxx/ alt telefonnummer står på kallelsen

Har Du gjort någon typ av ingrepp eller opererats? JA NEJ

*Om ja, vilken typ av operation?*

Har Du gjort någon skopi-undersökning de 3 senaste månaderna av mag-tarm kanalen?

 JA NEJ

Har Du fått något föremål inopererat i kroppen eller fastsatt på huden? JA NEJ

*Om ja, vad?*

Har Du någon gång fått metallsplitter i ögonen eller annan del av kroppen? JA NEJ

Är du gravid eller ammar? JA NEJ

Är Du i behov av tolk? JA NEJ

Väger Du över 130 kg? JA NEJ