

# Kontrolskema før MR-skanning

Til patienter og pårørende

**OUH**   
Stræber efter kvalitet i alt

**Skal medbringes i udfyldt stand til undersøgelsen.**

Cpr-nr. \_\_\_\_\_ Navn \_\_\_\_\_

Højde \_\_\_\_\_

Vægt \_\_\_\_\_

*Overstiger din vægt 130 kg. bedes du kontakte os før undersøgelsen.*

Svarer du **JA** til nedenstående spørgsmål bedes du kontakte **MR-afsnittet**.

**Mandag - fredag mellem kl. 8-15 på telefon 6320 5219.**

Nej  Ja Pacemaker \_\_\_\_\_

Nej  Ja Gravid \_\_\_\_\_

Nej  Ja Opereret i hjernen \_\_\_\_\_

Nej  Ja Opereret i hjertet \_\_\_\_\_

Nej  Ja Øreimplantater \_\_\_\_\_

Nej  Ja Neurostimulator/insulinpumpe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dato Patientunderskrift

\_\_\_\_\_  
Dato Kontrolleret af radiograf