

## Tjekliste før MR-undersøgelse

|          |            |
|----------|------------|
| Navn:    | CPR:       |
| Adresse: | Postnr/by: |
| Mobil:   | E-Mail:    |
| Højde:   | Vægt:      |

Har du:

|  |                          |                           |
|--|--------------------------|---------------------------|
| Pacemaker eller efterladte elektroder  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Clips på hjernens blodkar  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Stents i blodkar   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Øreimplantater   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Har du metal/proteser i kroppen  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Metalsplinter i øjne eller andet blødt væv   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Andre metalfremmedlegemer i kroppen  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Klaustrofobi   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Er du gravid   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Accepterer du, at vi indhenter journaloplysninger og billedemateriale, hvis det skønnes nødvendigt             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |
| Accepterer du, at vi anvender dine billeder i anonymiseret form (uden navn/CPR) til uddannelse eller forskning | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nej |

Løse metalgenstande (nøgler, smykker mm), insulinpumper (eller lign.), magnetkort (sygesikringskort, betalingskort mm), medicinske plastre (hormon, nikotin, morfin) med metal fjernes inden undersøgelsen.

Skemaet er gennemgået, der er ingen kontraindikationer for MR og pt. har givet samtykke til MR-undersøgelsen.

|       |              |
|-------|--------------|
| Dato: | Underskrift: |
|-------|--------------|