

Afdeling Magnetische Resonantie

Naam van de geneesheer die het onderzoek aanvraagt?

Bent u reeds geopereerd en zo ja welke ingreep, waar, wanneer?
.....
.....

ABSOLUTE CONTRA-INDICATIES

Heeft u een pacemaker of een defibrillator? Heeft u een implanteerbare hartmonitor?	Ja	Neen
Heeft u een metalen hartklep?	Ja	Neen
Heeft u metalen clips in het hoofd?	Ja	Neen
Heeft u een metalen voorwerp in het oog? (bv. metalen splinter, clip na netvliesloslating,...)	Ja	Neen
Heeft u een vena cava filter?	Ja	Neen
Heeft u een middenoorimplantaat?	Ja	Neen
Heeft u een insulinepomp of glucosesensor?	Ja	Neen
Heeft u een neurostimulator?	Ja	Neen
Heeft u orthopedisch materiaal in het lichaam? Heupprothese? Nagels? Schroeven?	Ja	Neen
Heeft u een tandprothese? Hoorapparaat? Heeft u enig ander implantaat? Zo ja, welk?	Ja	Neen
Recent geplaatste tatoeages? Piercings? Permanente make-up?	Ja	Neen
Bent u zwanger?	Ja	Neen
Heeft u een hartkwaal?	Ja	Neen
Heeft u nierinsufficiëntie?	Ja	Neen
Bent u claustrofoob?	Ja	Neen
Wat is uw lengte?	
Welk is uw gewicht?Kg	
Welke zijn uw huidige klachten?		

**ELK METALEN VOORWERP (OOK UURWERK) DIEN IN DE KLEEDCABINE TE BLIJVEN.
U BETREEDT IMMERS EEN MAGNETISCH VELD!!!!!!!**

Datum: ../../..

Handtekening van de patiënt:
(voorafgegaan door 'begrepen en goedgekeurd')