

Controlelijst voor M.R.I.-onderzoek

(lees eerst de bijgevoegde afspraakbevestiging)

Zet een kruisje in het vakje dat voor u van toepassing is.
Bij twijfel vult u niets in.

| Heeft u: | JA | NEE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▶ Een pacemaker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Clips in het hoofd na operatie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Ooit metaalsplinters in het oog gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een kunstlens, waarbij metalen clips zijn gebruikt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Gekleurde contactlenzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een of meerdere metalen oorbuisjes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een ooroperatie gehad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een niet verwijderbare pomp of neurostimulator? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een kunsthartklep? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Bekende nierfunctiestoornis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Een koperspiraal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bent u in de afgelopen 6 weken geopereerd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heeft u ooit een operatie ondergaan: | | |
| ▶ Aan bloedvaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▶ Waarbij metaal of kunststofmaterialen zijn ingebracht (B.v. bij botbreuk of kunstgewricht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Was u ooit werkzaam als metaalbewerker/ bankwerker? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zijn er als gevolg van een ongeval of ontploffing metaalsplinters in uw lichaam achtergebleven? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uw gewicht (van belang voor een goede beeldkwaliteit) is : _____ kg | | |
| Uw lengte (van belang voor een goede beeldkwaliteit) is : _____ cm | | |
| In te vullen door vrouwen: | | |
| Bent u (mogelijk zwanger)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geeft u borstvoeding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Belangrijk!

Magneetkaarten, zoals creditcards, pinpassen, bankpasjes en telefoonkaarten worden onbruikbaar onder invloed van het magneetveld! Zorg, dat u alle metalen of magneetgevoelige voorwerpen thuis laat. (zie afspraakbevestiging.) Of deze kunnen in het kleedhokje worden achtergelaten.

Naam: _____ Laborant: _____

Voorletters: _____ Paraaf: _____

Geboortedatum: _____

Zaandam: ____ - ____ -20 _____

Handtekening: _____