

# SJEKKLISTE FØR MR UNDERSØKELSE

Navn:	
Fødselsdato:	
Høyde/Vekt:	

	JA	NEI
Pacemaker		
Hjerteoperert, Stentet. Hvis ja: Skriv ned navn på stent og produsent og kontakt oss på: Tlf: 67 50 08 93 i god tid før MR timen.		
Operert i hodet		
Nevrostimulator		
Operert i øret		
Metallfremmedlegeme i øyet		
Metall etter tidligere kirurgi		
Operert i løpet av de siste 6 uker		
Brystimplantat med ventil		
Insulin/morfin pumpe		
Metal som kan fjernes (Høreapparat, gebiss, hårspenner, parykk, magnetiske øyevipper o.l.)		
Tannprotese		
Tatovering, hvis ja, angi plassering:		
Piercing, hvis ja, angi plassering:		
Gravid		
Klaustrofobi		

Dato \_\_\_\_\_

Signatur pasient \_\_\_\_\_

Hvis du har metall og/eller implantater kontakt MR avdelingen  
på tlf: 67 50 08 93 kl. 10:00 – 11:00 / 13:00 – 14:00