

## MAGNETUNDERSÖKNING (MRI) – INFORMATIONSFORMULÄR

Vänligen fylla i alla fält, oavsett undersökningen

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Längd \_\_\_\_\_ Vikt \_\_\_\_\_

Jag har	JA	NEJ	Ytterligare information (år, tillverkare, modell)
• pacemaker			
• metall i kroppen (t.ex. implant, protes, stimulator eller dess sladd)			
• utförda operationer (ge ytterligare info)			
• insulin-/läkemedelspump			
• hörapparat, medicinskt plåster, blodsockersensor			
• tatuering eller piercingar			
• jag är gravid			
• remiss			

Observera att den magnetiska kompatibiliteten för implantatet, protesen och stimulatorn måste fastställas innan undersökningen utförs för att säkerställa patientsäkerheten. Hörapparaten, det medicinska plåstret, blodsockersensorn och piercingarna ska tas bort och stimulatorn stängas av enligt instruktionerna innan magnetundersökning. Magnetundersökning rekommenderas inte under graviditetens första trimester.

Min valda undersökning

Circl: VÄNSTER HÖGER BÅDA

Beskriv symptomet/anledningen till undersökningen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ge tillstånd att använda patientdata i Kanta-tjänsten. När du ger tillstånd för utlämnande av dina patientuppgifter kan dina uppgifter användas på alla vårdenheter du besöker (mer information på [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)). Med min underskrift bekräftar jag att jag har bekantat mig med ArvoTerveys dataskyddspolicy ([www.arvoterveys.fi](http://www.arvoterveys.fi)) och att jag har accepterat den undersökning jag har valt.

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2024

\_\_\_\_\_  
underskrift

Informationen i formuläret lagras i ArvoTerveys system.