

MAGNETUNDERSÖKNING (MRI) – INFORMATIONSFORMULÄR

Vänligen fylla i alla fält, oavsett undersökningen

Namn _____ Personnummer _____

Telefonnummer _____ Längd _____ Vikt _____

Adress _____

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

Berskriv symptomet/anledningen till undersökningen:

Circl: VÄNSTER HÖGER BÅDA



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). Med min underskrift bekräftar jag att jag har bekantat mig med ArvoTerveys dataskyddspolicy (www.arvoterveys.fi) och att jag har accepterat den undersökning jag har valt.

Datum ____ / ____ 2024

underskrift

Informationen i formuläret lagras i ArvoTerveys system.