

Vragenlijst aan patiënten voor MR

Uw arts heeft een MR onderzoek aangevraagd. Hiervoor wordt u in een sterk magnetisch veld gebracht.

In het kader van dit onderzoek en uw veiligheid is het belangrijk dat u onderstaande vragenlijst correct en zo volledig mogelijk invult zodat mogelijke tegenaanwijzingen vóór de uitvoering van het onderzoek kunnen worden opgespoord.

Gelieve dit formulier mee te brengen en af te geven aan de persoon die het onderzoek uitvoert. Indien dit document niet volledig is ingevuld kan het onderzoek in het belang van uw veiligheid niet doorgaan.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Heeft u een pacemaker? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 2. Heeft u een ingeplante defibrillator? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 3. Heeft u een oorimplantaat/cochleair implantaat | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 4. Heeft u een insuline- of geïmplanteerde pomp, neurostimulator, VP-drain? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 5. Heeft u een metalen voorwerp in het oog (ijzerschilfers)? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

**INDIEN U 'JA' HEEFT GEANTWOORD OP MINSTENS 1 VAN DE BOVENSTAANDE VRAGEN,
GELIEVE ZO SNEL MOGELIJK CONTACT OP TE NEMEN MET DE DIENST RADIOLOGIE OP HET
NUMMER 016/341480 TIJDENS DE KANTOORUREN OF 016/340522 BUITEN DE KANTOORUREN.**

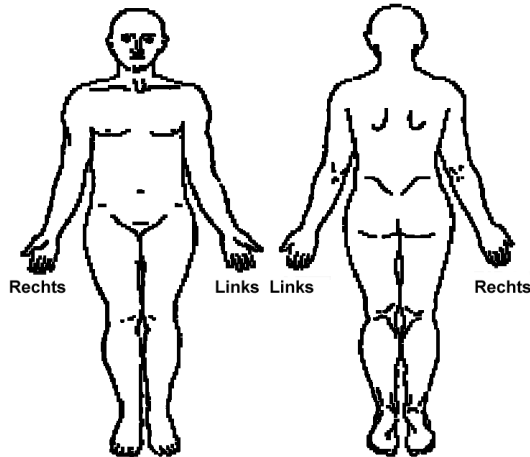
(Voor onderstaande vragen is dit niet nodig:)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 6. Heeft u een hoorapparaat? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 7. Heeft u een kunstklep? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 8. Heeft u een gewrichtsprothese, tandprothese of kunstgebit? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 9. Heeft u een poortkatheter? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 10. Heeft u een hersenoperatie ondergaan? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 11. Heeft u een bloedvatoperatie ondergaan? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 12. Heeft u een orgaantransplantatie ondergaan? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 13. Heeft u medicatie- of andere plakkers op het lichaam? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 14. Heeft u een tatoeage, (permanente) oogmake-up of piercing? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |
| 15. Heeft u een metalen voorwerp in het lichaam
(hagel,kogel, implantaat, pin, plaat)? | Ja <input type="checkbox"/> | Neen <input type="checkbox"/> |

***Gelieve ook de achterzijde / tweede bladzijde te lezen,
in te vullen en te ondertekenen***

16. Bent U metaalbewerker of lasser van beroep? Ja Neen
17. Heeft u allergie voor contraststof? Ja Neen
18. Bent u zwanger of geeft u borstvoeding? Ja Neen
19. Heeft u een nieroperatie ondergaan? Ja Neen
20. Heeft u last van slecht werkende nieren? (nierinsufficiëntie)? Ja Neen

Op de tekening kan u aanduiden waar u een ingreep ondergaan heeft :



Gelieve alle metalen voorwerpen (piercings en juwelen) te verwijderen van uw lichaam en deze in de kleedkamer achter te laten samen met uw identiteitskaart, bankkaarten, muntstukken, riemen, sleutels en GSM.

Indien u piercings of juwelen draagt die u niet eenvoudig kan verwijderen, gelieve dit te melden aan het beeldvormend personeel.

Gouden/zilveren ringen die u niet eenvoudig kan verwijderen, mogen aan de hand blijven.

Indien u nog verdere vragen over deze lijst heeft, kan u steeds terecht bij de persoon die het onderzoek uitvoert of op het nummer **016/341480** tijdens de kantooruren of **016/340522** buiten de kantooruren.

IK VERKLAAR DAT BOVENSTAANDE INFORMATIE JUIST EN NAUWKEURIG IS OP DE DATUM VAN HET ONDERZOEK.

Naam patiënt:..... Lengte:.....m.....cm Gewicht:.....kg

Geboortedatum patiënt:

Naam (patiënt of ouder/voogd)

Datum **onderzoek**

Handtekening

..... /...../.....