



FRÅGEFORMULÄR INFÖR MAGNETKAMERAUNDERSÖKNING

Dossiernummer/samordningsnummer:.....

Namn:.....

Datum:.....

Viktkg

Man Kvinna

JA NEJ

Har du (eller har du haft) något metallföremål i kroppen?

(Det kan t.ex. vara inopererade föremål så som pacemaker, shunt, insulinpump, baklofenpump, hörselprotes, metallclips och benproteser, men även smycken som piercing eller liknande)

Om ja. Vad och vilken sort?

.....

JA NEJ

Har du opererats i huvud, hjärta, buk, öron eller ögon?

Om ja, ange vilken typ av operation du har genomgått. Ange även i vilket land och på vilket sjukhus.

.....

JA NEJ

Har du (eller har du haft) metallsplitter i kroppen, inkluderande ögonen?

(Metallsplitter kan t.ex. utgöras av granatsplitter)

JA NEJ

Är du gravid?

Jag har inte med mig något magnetiskt föremål in i undersökningsrummet

OBS! Det är mycket viktigt att du korrekt uppger om du vet om eller misstänker att du har föremål i kroppen som innehåller metall. Att genomgå en magnetkameraundersökning med ett sådant föremål i kroppen kan innebära risker för din hälsa då föremålet påverkas av magnetfältet som alstras av maskinen. I värsta fall kan magnetfältet ändra läget på föremålet eller hetta upp det vilket kan orsaka skador på din kropp. För att personalen ska kunna avgöra om du kan genomgå en undersökning är det därför mycket viktigt att du ger riktiga svar på frågorna i formuläret.

Underskrift (person som ska undersökas):

Datum:.....

Namnförtydligande:

Underskrift (ställföreträdare/vårnadshavare):

Datum:.....

Namnförtydligande:

Om du svarar **Ja** på någon av frågorna ovan, ring till den kundtjänst som finns angiven på baksidan av din anvisning för avstämning.

OBS! Spara detta frågeformulär och ta med till undersökningen.