

HENVISNING TIL:

MR skanning Mammografi Ultralydundersøgelse Røntgenundersøgelse

CPR: _____ Navn: _____

Tlf.: _____ evt. e-mail: _____

Hvad ønskes undersøgt:

Indikation/oplæg:

Kontrolskema (KUN til brug for MR henvisninger):

For at undgå komplikationer og patienten ikke afvises før MR-skanningen bedes følgende forhold være afklaret inden henvisningen:

Ja Nej

Vægt: _____ Højde: _____

Er patienten gravid?

Pacemaker / efterladte paceelektroder, ICD-enheder?

Metalliske implantater eller andet metallisk materiale

fra hjerte-, neuro- eller anden kirurgi (herunder ørekirurgi)?

Type: _____ Operationsår: _____

Andet metallisk materiale i krop / øjne?

Type: _____ Operationsår: _____

Nyresygdom/sukkersyge? (dialysekrævende?)

Hvis "ja" – kreatinin (< 7 dage gammel) _____

Allergi?

Type: _____

Klaustrofobi?

Svar til : _____

Patient underskrift: _____