

Magneettitutkimuksen esitietolomake

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin magneettitutkimuksia varten

Onko sinulla jokin seuraavista?	KYLLÄ	EI
Sydämentahdistin, -rytmivalvuri tai niihin liittyviä johtoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkelaastari, insuliini- tai kipupumppu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glukoosimittari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sisäkorvaimplantti tai kuulolaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aneurysma- tai muita leikkausklipsejä, suntteja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääke-, puudute- tai varjoaineallergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahtaanpaikankammo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munuaisten vajaatoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oletko raskaana tai imetätkö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mahdollista tehosteaineen antoa varten

Sairastatko jotain veriteitse tarttuvaa tautia?

KYLLÄ EI

Onko kuvattavaa kohdetta kuvattu aikaisemmin?

(magneetti- tai tietokonetomografiakuvaus)

KYLLÄ EI

Saammeko käyttää aikaisempia kuvianne vertailuun?

KYLLÄ EI

Suostun tietojeni hyödyntämiseen minulle suunnatussa

viestinnässä ja etujen tarjoamisessa

KYLLÄ EI

Pituus _____ cm Paino _____ kg

Päiväys _____ Henkilötunnus _____

Allekirjoitus _____ Nimenselvennys _____



Kauppakeskus Iso Omena, Espoo
Puh. 09 315 865 00. info@visiomri.fi
www.visiomagneetti.fi

**Paremmän
terveyden puolesta**