

Naam en Voornaam:

Heeft u volgend(e) voorwerp(en) in het lichaam?:

Pacemaker of ingeplante defibrillator ('ICD')	JA	NEE
Zenuwstimulator?	JA	NEE
Cochleair gehoorimplant?	JA	NEE
Metalen splinters of stukjes in of nabij het oog? Elders in lichaam?	JA	NEE
Vaatclips in de hersenen?	JA	NEE
Pijnpomp? Baclofenpomp?	JA	NEE
Hartklep?	JA	NEE
Katheter in hoofd of buik? Bv dialyse, waterhoofd,...	JA	NEE
Medicatie- of nicotinepleister (Nitroderm / Nicopatch) op de huid?	JA	NEE
Tatoeage(s) of permanente make-up?	JA	NEE
Heeft u een kunstgebit?	JA	NEE
Had u ooit een epileptische aanval?	JA	NEE
Voor dames: Bent u mogelijk zwanger?	JA	NEE
Voor dames: Geeft u borstvoeding?	JA	NEE
Enkel bij MR-borsten: laatste maandstonden: Pilgebruik?	JA	NEE
Enkel bij MR-buik: heeft u glaucoom / staar / overdruk in het oog?	JA	NEE
Nierproblemen, nieroperaties, lever- of niertransplant, ...	JA	NEE
Zo ja: recente nierfunctie : GFR. op datum: .. / .. / '..		

- Welke **operaties** onderging u? Prothesen?

 Laatste ingreep minder dan 6 weken geleden? JA / NEE
- Welke **allergie(ën)** heeft u?
- Welke **medicatie** gebruikt u?
- Gewicht (ongeveer): kg (nodig om het MR-toestel optimaal af te stellen)

ALLE voorwerpen die METAAL bevatten moeten verwijderd worden voor het onderzoek:
 let op voor knopen op kledij, broeksriem, B.H., kunstgebit, oorkingen,
 piercings, portefeuille, bankkaarten, horloge, GSM, hoorapparaat, ...
 U kan zo nodig een ziekenhuisschortje dragen tijdens het onderzoek.

Datum:

Handtekening patiënt: