

AZ GROENINGE
DIENST MEDISCHE BEELDVORMING / MR AFDELING

Naam patiënt : Datum van vandaag/...../.....

VRAGENLIJST

1. Hebt U een :

Pacemaker ja neen

Neurostimulator ja neen

Defibrillator ja neen

Implantaat ja neen

Indien ja, gelieve dit te melden aan het secretariaat.

Hebt U een tandprothese ?

ja neen

Hebt U een gehoorapparaat ?

ja neen

2. Bent U reeds geopereerd geweest ?

ja neen

Indien ja : waaraan ?

.....
.....

Wanneer ?

3. Gekende allergieën ?

.....
.....

4. Wat is uw gewicht (ongeveer) : kg.

5. Voor diabetes patiënten : hebt u een freestyle libre ?

ja neen

.....
.....

6. Hebt U epilepsie of hebt U ooit een epileptische aanval gehad?

ja neen

7. Draagt U een pleister op de huid ?

(Nitroderm, Nicopatch, Nicotinepleister)

ja neen

8. Voor aanvang uurwerk, sieraden (uitgezonderd goud en zilver) verwijderen!

ENKEL VOOR DAMES

9. Bent U zwanger ?

ja neen

10. Enkel voor MR-mammografie (borstonderzoek):

- datum laatste menstruatie :

- pilgebruik ?

Handtekening patiënt