

Ik heb de volgende vragen begrepen en eerlijk beantwoord:

- Heeft u actieve implantaten? Ja Nee
(pacemaker, neurostimulator, insuline pomp, inwendig gehoорimplantaat, of niet verwijderde rest draden)
- Bevinden zich in uw lichaam andere metalen voorwerpen, behalve tandvullingen of kronen? Ja Nee
(zoals vaatclips, metalen splinters in het oog of lichaam als gevolg van schietincident/ongeluk/metaalbewerker, orthopedische implantaten, beugels, metalen draadje achter de tanden, anticonceptie spiraal)
- Zo ja, welke metalen voorwerpen ?
- Heeft u ooit een operatie aan hoofd of brein gehad? Ja Nee
- Heeft u epilepsie? Ja Nee
- Heeft u last van hartritmestoornissen? Ja Nee
- Heeft u last van hart- en vaatziekten? Ja Nee
- Heeft u diabetes? Ja Nee
- Bent u claustrofobisch? Ja Nee
- Bent u zwanger of denkt u zwanger te zijn? Ja Nee
- Draagt u juwelen/piercings die niet verwijderd kunnen worden? Ja Nee
- Heeft u tatoeages of permanente oog make-up? Ja Nee
- Gebruikt u medicinale pleisters (e.g. nicotine) die niet verwijderd kunnen worden? Ja Nee

Ik ben naar tevredenheid over de veiligheid betreffende MRI geïnformeerd.

Ik ben in de gelegenheid gesteld hierover vragen te stellen. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem toe met de MRI scan:

Achternaam:

Datum van vandaag:

Voornaam:

Geboortedatum:

Tweede naam (indien van toepassing):

Lengte (cm):

Gewicht (kg):

Handtekening:

In te vullen door onderzoeker

Naam:

MR Systeem:

Projectnummer:

Ondergetekende verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het MRI onderzoek geïnformeerd is en toestemming voor bovengenoemd project heeft gegeven. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt.

Functie:

Handtekening:

Scan datum en tijd: