

Tutkimuspäivä _____ Tutkimusaika _____

Nimi _____ Hetu _____

1. Onko Teillä sydämentahdistin? kyllä ei
2. Onko Teille tehty leikkauksia? kyllä ei
Jos kyllä, mitä _____
3. Onko päässäanne tai vartalossanne metallia? kyllä ei
(esim. metalliproteeseja, leikkausklipsejä, lääkeainepumppuja, metallisirpaleita, lävistyksiä, kuulolaitetta)
Jos kyllä, mitä _____
4. Onko Teillä insuliini- tai muuta lääkeainepumppua tai epiduraalstimulaattoria? kyllä ei
5. Onko teillä todettu allergioita? kyllä ei
Jos kyllä, mitä _____
6. Onko teillä munuaisten vajaatoimintaa? kyllä ei
7. Onko teillä tatuointia tai kestopigmentointia? kyllä ei
8. Onko teillä lääkelaastareita? kyllä ei
9. Oletteko raskaana? kyllä ei

Painonne on noin _____kg

Päiväys _____/_____/_____

Lomakkeen täyttäjän allekirjoitus ja nimenselvennys
(Myös puhelinnumero, josta tavoittaa täyttäjän,
mikäli asiakas itse ei ole täyttänyt lomaketta.)

Lomake tuhotaan tutkimuksen jälkeen. Tutkimuksen kannalta oleelliset kyllä-vastaukset dokumentoidaan Terveystalon potilastietojärjestelmään.