



Navn :

F.nr :
 (11 siffer)

Adr :

Kortfattet klinisk problemstilling:

Hva ønskes undersøkt: _____

MÅ UTFYLLES!

Har pas. pacemaker, ferromagnetiske stapesproteser eller cerebrale aneurismeklips? Ja Nei

Henv. lege/adresse: _____

(blokkbokstaver)

Kan gå: Ja Nei

Gravid: Ja Nei

FOR MR-SENTERET:

Acr-kode

Prosedyre

Dato: _____

Henv. lege: _____ tlf. _____
signatur

Poliklinisk

Kopi av svar sendes: _____

Inneliggende

Radiogr. sign.: _____ Kontrast: _____

MR-beskrivelse:

| Lokalisasjon | | Prosedyre | | S | Tillegg |
|--------------|--|-----------|--|---|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |