

# SEGULÓMUN FULLORÐNIR – SPURNINGAR



Nafn \_\_\_\_\_ Hæð \_\_\_\_\_ cm Þyngd \_\_\_\_\_ kg

Kennitala \_\_\_\_\_

- |  | Já                       | Nei                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ertu með hjartagangráð /bjargráð?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hefur þú farið í hjartaaðgerð þar sem sett var gerviloka?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hefur þú farið í aðgerð á höfði eða mænu þar sem sett var:<br>æðaklemma í höfuð (aneurysm clips)?<br>mænuleggur (shunt)?<br>taugaörvi (neurostimulator)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ertu með ígræddan málm eftir aðgerð s.s.<br>á eyra t.d. cochlear implant eða aðra máлма?<br>á útlím t.d. eftir brot?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ertu með aðskotahlut í líkamanum t.d.<br>málmflís í auga, lokk, insúlínumpu,<br>þenjara í brjósti eða annað?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ertu með góma/gervitennur eða heyrnartæki?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ertu með nýrna eða lifrarsjúkdóm?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hefur þú innilokunarkennd?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konur: Ert þú barnshafandi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ef svarið er játandi við einhverri spurningu (nema góma og heyrnartæki)  
Þarf að hafa samband við starfsfólk á segulómun í síma: Hringbraut 543- 8046  
eða Fossvog 543-8039, 543-8093,