

שאלון התאמה לניסוי MRI

שם פרטי: [Click here to enter text.](#) שם משפחה: [Click here to enter text.](#)

תאריך לידה: [Click here to enter text.](#)

טלפון: [Click here to enter text.](#)

מין: ☐ ז ☐ נ

יד דומיננטית: ☐ ימין ☐ שמאל

חלק א'

1. ראייה תקינה או מתוקנת: ☐ כן ☐ לא

2. שמיעה תקינה או מתוקנת: ☐ כן ☐ לא

3. באם הינך מרכיב/ה משקפיים, מה המספר שלך (והאם לראייה לקרוב או לרחוק): [Click here to](#)

[enter text.](#)

4. עיוורון צבעים: ☐ כן ☐ לא

5. האם את/ה סובל/ת ממחלה פסיכיאטרית, נוירולוגית או מטבולית כלשהי? ☐ כן ☐ לא

6. האם ביקרת בעבר אצל נוירולוג? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא לפרט: [Click here to enter text.](#)

7. האם את/ה נוטל/ת תרופות כלשהן? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא לפרט: [Click here to enter text.](#)

8. האם יש לך קיבוע בשיניים? ☐ כן ☐ לא

חלק ב'

9. האם יש לך מגבלות תזונה כלשהן (כולל רגישות, טבעונות וכדומה)? ☐ כן ☐ לא

אם כן, נא לפרט: [Click here to enter text.](#)

10. האם את/ה אוהב/ת חטיפים וממתקים? ☐ כן ☐ לא

תודה רבה!