**מרכז שטראוס לדימות נוירונלי ממוחשב**

**סריקת דימות בתהודה מגנטית (MRI)**

**טופס הצהרת בריאות**

הנני מצהיר/ה כי לא ידועה לי כל בעיה נוירולוגית או אחרת המצריכה בדיקת MRI, כמו כן לא נתבקשתי לעבור בדיקה כזו על ידי רופא.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| שם הנבדק | חתימת הנבדק | תאריך |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| שם הנסיין | חתימת הנסיין | תאריך |
|  |  |  |