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: נ  ז

יד דומיננטית: ימין  שמאל

חלק א'

1. ראייה תקנית או מתוקנת: כן  לא
2. שמיעה תקנית 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.

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

אם כן, נא לפרט: Click here to enter text.

1. האם יש לך קיבוע בשיניים? כן  לא

חלק ב׳

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

אם כן, נא לפרט: Click here to enter text.

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

**תודה רבה!**