  **http://www.abdiagnostik.sk/**

ZDRAVOMAK s.r.o. - pracovisko MR, Horná 62, 974 01 Banská Bystrica, Tel.: 048/619 51 32, 0915/207 [348, e-mail: zdravomak.bb@abdg.sk](mailto:348,%20e-mail:%20zdravomak.bb@gmail.com)

**DOTAZNÍK A INFORMOVANÝ SÚHLAS PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIOU**

Meno a priezvisko:

Adresa bydliska **(ulica, číslo, mesto, PSČ):**

Telefonický kontakt (mobil):

E-mail:

Rodné číslo:

Názov zdravotnej poisťovne **(slovom):**

Hmotnosť:

Výška:

**VHODNÚ ODPOVEĎ OZNAČTE** **KRÍŽIKOM!**

KARDIOSTIMULÁTOR („STROJČEK“ NA SRDCE) .................................................................................................... áno nie

INZULÍNOVÁ PUMPA .......................................................................................................................................................... áno nie

ELEKTRONICKÝ IMPLANTÁT A VNÚTORNÉ ELEKTRÓDY ..................................................................................................... áno nie

UŠNÉ IMPLANTÁTY, NAČÚVACÍ PRÍSTROJ ......................................................................................................................... áno nie

ČREPINA, PROJEKTIL,PIERCING,AKUPUNKTÚRNE IHLY (podčiarknite ktoré) ..................................................................... áno nie

SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO CIEVNYCH OPERÁCIÁCH**,** BY-PASSY (podčiarknite ktoré) ................................................. áno nie

UMELÉ SRDCOVÉ CHLOPNE (BIO/MECHANICKÉ )........................................................................................................ ....... áno nie

UMELÉ KĹBY, KONČATINOVÉ PROTÉZY (ak áno, podčiarknite ktoré a napíšte kde) .......................................................... áno nie

KOVOVÉ IMPLANTÁTY (ktoré z toho a kde?) .................................................................................................................... áno nie

SNÍMATEĽNÉ ZUBNÉ NÁHRADY ,STROJČEK FIXNÝ.............................................................................................................. áno nie

BOLI STE UŽ NIEKEDY VYŠETRENÝ MAGNETICKOU REZONANCIOU? AK ÁNO, KEDY? (rok) .............................................. áno nie

MALI STE ZDRAVOTNÉ POTIAŽE PO PODANÍ KONTRASTNEJ LÁTKY PRI MR VYŠETRENÍ? AKÉ? ......................................... áno nie

STE NA NIEČO ALERGICKÝ? AK ÁNO, NA ČO? ..................................................................................................................... áno nie

LIEČITE SA NA OCHORENIE OBLIČIEK? AK ÁNO, NA AKÉ? .................................................................................................. áno nie

LIEČITE SA NA GLAUKÓM (ZELENÝ ZÁKAL)? ....................................................................................................................... áno nie

STE TEHOTNÁ ALEBO PRAVDEPODOBNE TEHOTNÁ? DOJČÍTE? (ak áno, podčiarknite ktoré) ........................................... áno nie

MÁTE KLAUSTROFÓBIU? (strach z uzavretých priestorov) ................................................................................................ áno nie

OPERÁCIE TÝKAJÚCE SA VYŠETROVANEJ OBLASTI.............................................................................................................. áno nie

**AK STE NA NIEKTORÚ OTÁZKU ODPOVEDALI KLADNE, KONZULTUJTE TO, PROSÍM, VOPRED S RÁDIOLOGICKÝM TECHNIKOM!!!**

**ČÍTAJTE POZORNE! DÔLEŽITÁ INFORMÁCIA PRE VÁS!!!!**

VÝSLEDOK VÁŠHO MR VYŠETRENIA POZOSTÁVA Z DVOCH ČASTÍ! **POTREBUJETE OBIDVE!!!!**

**1. CD nosič s obrazovou dokumentáciou** bude vyhotovený bezprostredne po ukončení Vášho vyšetrenia a preto Vás **prosíme po vyšetrení počkať v čakárni pred vyšetrovňou!!!**, kým Vám bude odovzdaný. Svojím podpisom tohto Dotazníka zároveň potvrdzujete, že si prevezmete v deň Vášho MR vyšetrenia obrazovú dokumentáciu na CD nosiči!

**2. Písomná správa pre indikujúceho lekára –** **NIE JE NA POČKANIE!!!!** Bude vyhotovená do 7 pracovných dní, o jej vyhotovení budete informovaný SMS správou.

**Zvoľte si prosím iba jeden spôsob jej prevzatia:**

prevezmem osobne (splnomocnenec)  zaslať e-mailom (pacientovi alebo lekárovi)

Čestne prehlasujem, že som poistencom horeuvedenej zdravotnej poisťovne. V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú spoločnosti ZDRAVOMAK s.r.o.

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol zrozumiteľne poučený a informovaný v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. § 6 o účele, povahe a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných alternatívnych postupov a rizikách odmietnutia zdravotnej starostlivosti. Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol zrozumiteľne poučený a informovaný o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol poučený o rizikách a nežiadúcich účinkoch podania kontrastnej látky do žily a zároveň súhlasí so spracovaním a použitím osobných údajov vrátane obrazovej dokumentácie pre potreby spoločnosti ZDRAVOMAK s.r.o.. Pacient navrhovaným postupom porozumel a súhlasí, čo potvrdzuje svojím podpisom. Prečítal/a som si a pochopil/a som obsah dotazníka a informovaného súhlasu, na prípadné nejasnosti som sa mohol/a opýtať a boli mi dostatočne objasnené. Dotazník som vyplnil/a pravdivo, nezamlčal/a som žiadne mne známe údaje o svojom zdravotnom stave, ktoré by mohli nepriaznivo ovplyvniť priebeh MR vyšetrenia, či ohroziť mňa a moje okolie.

Dňa:

Podpis:

(u neplnoletých zákonný zástupca + v akom je vzťahu k nemu)