

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 ELEKTRODY ☐ áno ☐ nie
- UŠNÉ IMPLANTÁTY, NAČÚVACÍ PRÍSTROJ ☐ áno ☐ nie
- ČREPINA, PROJEKTIL, PIERCING, AKUPUNKTÚRNE IHLÝ (podčiarknite ktoré) ☐ áno ☐ nie
- SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO CIEVNYCH OPERÁCIÁCH, BY-PASSY (podčiarknite ktoré) ☐ áno ☐ nie
- UMELÉ SRDCOVÉ CHLOPNE (BIO/MECHANICKÉ) ☐ áno ☐ nie
- UMELÉ KLÍBY, 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 OBLČIEK? 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 vyšetrovnou!!!**, 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, nezamietal/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)