

DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIOU A INFORMOVANÝ SÚHLAS

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	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
INZULÍNOVÁ PUMPA	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
ELEKTRONICKÝ IMPLANTÁT, VNÚTORNÉ ELEKTRODY, BIOSTIMULÁTOR, NEUROSTIMULÁTOR	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
UŠNÉ IMPLANTÁTY, NAČŮVACÍ PRÍSTROJ	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
ČREPINA, PROJEKTIL,PIERCING,AKUPUNKTÚRNE IHLY (podčiarknite ktoré)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO CIEVNYCH OPERÁCIÁCH, BY-PASSY (podčiarknite ktoré)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
UMELÉ SRDCOVÉ CHLOPNE (BIO/MECHANICKÉ)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
UMELÉ KLBY, KONČATINOVÉ PROTÉZY (ak áno, podčiarknite ktoré a napíšte kde)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
KOVOVÉ IMPLANTÁTY (ktoré z toho a kde?)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
SNÍMATEĽNÉ ZUBNÉ NÁHRADY ,STROJČEK FIXNÝ, ZUBNÝ MOSTÍK	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
VNÚTROMATERNICOVÉ TELIESKO (DANA)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
BOLI STE UŽ NIEKEDY VYŠETRENÝ MAGNETICKOU REZONANCIOU? AK ÁNO, KEDY? (rok)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
MALI STE ZDRAVOTNÉ POTIAŽE PO PODANÍ KONTRASTNEJ LÁTKY PRI MR VYŠETRENÍ?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
AKÉ? _____				
STE NA NIEČO ALERGICKÝ? AK ÁNO, NA ČO? _____	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
LIEČITE SA NA OCHORENIE OBLIČIEK? AK ÁNO, NA AKÉ? _____	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
LIEČITE SA NA GLAUKÓM (ZELENÝ ZÁKAL)?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
STE TEHOTNÁ ALEBO PRAVDEPODOBNE TEHOTNÁ? DOJČÍTE? (ak áno, podčiarknite ktoré)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
MÁTE KLAUSTROFÓBIU? (strach z uzavretých priestorov)	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
OPERÁCIE TÝKAJUCE SA VYŠETROVANEJ OBLASTI _____	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

AK STE NA NIEKTORÚ OTÁZKU ODPOVEDALI Kladne, konzultujte to vopred s rádiologickým technikom!!!

ČÍTAJTE POZORNE! DÔLEŽITÁ INFORMÁCIA PRE VÁS! VÝSLEDOK VÁŠHO MR VYŠETRENIA POZOSTÁVA Z DVOCH ČASTÍ!

1. CD nosič s obrazovou dokumentáciou je určený pre indikujúceho lekára, vydávame výlučne na vyžiadanie pacienta a je spoplatnený podľa aktuálneho cenníka. Zvoľte si jednu z možností:

žiadam o vydanie CD nežiadam o vydanie CD

2. Písomná správa – NIE JE NA POČKANIE. O jej vyhotovení budete informovaný SMS správou. Zvoľte si prosím iba jeden spôsob jej prevzatia:

e-mailom pacientovi prevezmem osobne poštou spoplatnené podľa cenníka
 e-mailom lekárovi

Čestne prehlasujem, že som poistencom horeuvedenej zdravotnej poisťovne. V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú spoločnosti ALFAMEDIC 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 ALFAMEDIC 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, nezamýšľal/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 a vzťah k nemu)