

## DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIU

Meno a priezvisko:

Adresa bydliska: ULICA:

PSČ, MESTO:

Kontakt /telefón:

e-mail:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Hmotnosť:

Výška:

### IMPLANTÁTY (vhodnú odpoveď označte krížikom do štvorca):

PACEMAKER / KARDIOSTIMULÁTOR ("STROJČEK" NA SRDCE)

PUMPA INZULÍNOVÁ

AKÝKOL'VEK TYP BIOSTIMULÁTORA

AKÝKOL'VEK TYP VNÚTORNÝCH ELEKTROD (VODIČE PACEMAKER, VNÚTORNÉ SLÚCHADLO)

UŠNÉ IMPLANTÁTY, VNÚTORNÉ FILTRE (ELEKTRONICKÉ IMPLANTÁTY)

INÉ KOVOVÉ PREDMETY, PORANENIE KOVOVÝM PREDMETOM (ČREPINA, PROJEKTIL)

ÁNO

NIE

### NASLEDUJÚCE PREDMETY MÔŽU OVPLYVNIŤ VYŠETRENIE MR:

SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO OPERÁCII ANEURYZMY (CIEVNEJ VÝDUTE), BY-PASSY

OČNÉ PROTÉZY

UMELÉ SRDCOVÉ CHLOPNE

STROJČEK NA ZUBY

VNÚTROMATERNICOVÉ TELIESKO ( DANA)

UMELÉ KLBY, PROTÉZY

ORTOPEDICKÉ, CHIRURGICKÉ A NEUROCHIRURGICKÉ IMPLANTÁTY

ZUBNÉ PROTÉZY, SNÍMATEĽNÉ ZUBNÉ NÁHRADY A ZUBNÝ MOSTÍK

PIERCING, TETOVANIE, AKUPUNKTÚRNE IHLY, PERMANENTNÉ TETOVANIE

### NASLEDUJÚCE SKUTOČNOSTI MÔŽU OVPLYVNIŤ VYŠETRENIE MR:

BOLI STE UŽ NIEKEDY VYŠETRENÝ MAGNETICKOU REZONANCIU?

KTORÁ ČASŤ TELA?.....

STE NA NIEČO ALERGICKÝ ?

NA ČO? .....

LIEČITE SA NA OCHORENIE OBLIČIEK?

BOLI STE NIEKEDY OPEROVANÝ/Á?

AKÝ ORGÁN BOL OPEROVANÝ, KEDY?.....

STE TEHOTNÁ ALEBO PRAVDEPODOBNE TEHOTNÁ? KOJÍTE?

MÁTE KLAUSTROFÓBIU?

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.

Výsledkom MRI vyšetrenia je písomná správa pre indikujúceho lekára a CD nosič s obrazovou dokumentáciou z MRI vyšetrenia. CD nosič neobsahuje písomnú správu! **CD nosič dostanete hneď po vyšetrení – prosíme počkať v čakárni !!!**

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 nežiaducich 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 svojim podpisom.

Vaše osobné údaje sú spracovávané v súlade s ustanoveniami Zákona č. 18/2018 Z.z. o GDPR (ochrane osobných údajov), ktorý zahŕňa ich zhromažďovanie, ukladanie, používanie a zmenu.

Dňa:

Podpis: