

## 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  NIE

**INZULÍNOVÁ PUMPA**

ÁNO  NIE

ELEKTRONICKÝ IMPLANTÁT A VNÚTORNÉ ELEKTRODY, BIOSTIMULÁTOR, NEUROSTIMULÁTOR

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 KLBY, KONČATINOVÉ PROTÉZY (ak áno, podčiarknite ktoré a napíšte kde)

ÁNO  NIE

KOVOVÉ IMPLANTÁTY (ktoré z toho a kde?)

ÁNO  NIE

SNÍMATELNÉ ZUBNÉ NÁHRADY, STROJČEK FIXNÝ, ZUBNÝ MOSTÍK

ÁNO  NIE

VNÚTROMATERNICOVÉ TELIESKO (DANA)

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?

ÁNO  NIE

V PRÍPADE POTREBY SÚHLASÍTE S PODANÍM KONTRASTNEJ LÁTKY?

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 KLDNE, 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 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, nezamľal/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)