

## DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MR

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	Zdravotná poisťovňa:
Kontakt (telefón, e-mail)	Hmotnosť / výška:

**IMPLANTÁTY:** označte krížikom ak máte niektorý z nich:

<input type="checkbox"/>	PACEMAKER /KARDIOSTIMULÁTOR („STROJČEK“ NA SRDCE)
<input type="checkbox"/>	PUMPA INZULÍNOVÁ
<input type="checkbox"/>	AKÝKOL'VEK TYP BIOSTIMULÁTORA
<input type="checkbox"/>	AKÝKOL'VEK TYP VNÚTORNÝCH ELEKTROD (VODIČE PACEMAKER, VNÚTORNÉ SLÚCHADLO)
<input type="checkbox"/>	UŠNÉ IMPLANTÁTY, VNÚTORNÉ FILTRE, ELEKTRONICKÉ IMPLANTÁTY)
<input type="checkbox"/>	INÉ KOVOVÉ PREDMETY, PORANENIE KOVOVÝM PREDMETOM (PROJEKTIL, ČREPINA, ATĎ?)

**NASLEDUJÚCE PREDMETY MÔŽU OVPLYVNIŤ VYŠETRENIE MR:** označte krížikom ak máte niektorý z nich:

<input type="checkbox"/>	SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO OPERÁCII ANEURYZMY (CIEVNEJ VÝDUTE), BY-PASSY
<input type="checkbox"/>	OČNÉ PROTÉZY
<input type="checkbox"/>	UMELÉ SRDCOVÉ CHLOPNE
<input type="checkbox"/>	UMELÉ OČNÉ ŠOŠOVKY FIXOVANÉ DRÔTENÝM STEHOM
<input type="checkbox"/>	VNÚTROMATERNICOVÉ TELIESKO (DANA)
<input type="checkbox"/>	UMELÉ KLBY, PROTÉZY
<input type="checkbox"/>	ORTOPEDICKÉ, CHIRURGICKÉ A NEUROCHIRURGICKÉ IMPLANTÁTY
<input type="checkbox"/>	ZUBNÉ PROTÉZY A SNÍMATEĽNÉ ZUBNÉ NÁHRADY
<input type="checkbox"/>	PIERCING, TETOVANIE, AKUPUNKTÚRNE IHLY, PERMANENTNÉ TETOVANIE

**NASLEDUJÚCE SKUTOČNOSTI MÔŽU OVPLYVNIŤ VYŠETRENIE MR:**

BOLI STE UŽ NIEKEDY VYŠETRENÝ MAGNETICKOU REZONANCIOU? KEDY ?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
STE ALERGICKÝ? VYPÍŠTE:	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
LIEČITE SA NA OCHORENIE OBLIČIEK? UREA: KREATINÍN:	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
BOLI STE NIEKEDY OPEROVANÝ ?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
- AKÝ ORGÁN BOL OPEROVANÝ, KEDY?				
- PODSTÚPILI STE TRANSPLANTÁCIU PEČENE?				
STE TEHOTNÁ ALEBO PRAVDEPODOBNE TEHOTNÁ? KOJÍTE?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
MÁTE KLAUSTROFÓBIU?	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

**AK STE ODPOVEDALI Kladne, alebo máte niektorý z uvedených implantátov alebo predmetov, konzultujte to, prosím, vopred s rádiologickým technikom !!!**

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 nežiaducich 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 svojim podpisom.

Dňa:	Podpis:
------	---------