

DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIOU A INFORMOVANÝ SÚHLAS

Meno a priezvisko: _____

Adresa bydliska: _____

Telefonický kontakt (mobil): _____

E-mail: _____

Rodné číslo: _____

Názov zdravotnej poisťovne: _____

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 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 KLBY, 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, 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 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 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, nezamlčal/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)

Informácia o spracúvaní osobných údajov a potvrdenie o oboznámení

Prevádzkovateľ spracúva osobné údaje uvedené v tomto formulári, vrátane údajov o zdravotnom stave a obrazovej dokumentácie, na účely posúdenia vhodnosti a bezpečnosti **MR** vyšetrenia, poskytnutia zdravotnej starostlivosti, vedenia zdravotnej dokumentácie, administratívneho zabezpečenia zdravotnej starostlivosti a plnenia povinností podľa osobitných právnych predpisov.

Spracúvané osobné údaje zahŕňajú najmä identifikačné a kontaktné údaje pacienta, údaje uvedené v dotazníku pred **MR** vyšetrením, údaje o zdravotnom stave, kontraindikáciách, implantátoch, alergiách, tehotenstve, predchádzajúcich výkonoch a ďalšie údaje nevyhnutné na bezpečné vykonanie vyšetrenia a poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Právnym základom spracúvania osobných údajov je plnenie zákonnej povinnosti prevádzkovateľa a spracúvanie nevyhnutné na účely preventívnej medicíny, lekárskej diagnostiky, poskytovania zdravotnej starostlivosti, liečby a vedenia zdravotnej dokumentácie podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 a príslušných právnych predpisov Slovenskej republiky. Spracúvanie údajov o zdravotnom stave sa preto nevykonáva na základe všeobecného súhlasu pacienta so spracúvaním osobných údajov.

Poskytnutie osobných údajov v rozsahu potrebnom na bezpečné vykonanie **MR** vyšetrenia a poskytnutie zdravotnej starostlivosti je nevyhnutné. Neposkytnutie požadovaných údajov môže mať za následok nemožnosť riadne posúdiť kontraindikácie, zabezpečiť bezpečnosť výkonu alebo poskytnúť zdravotnú starostlivosť v požadovanom rozsahu.

Osobné údaje môžu byť sprístupnené oprávneným zdravotníckym pracovníkom, zdravotným poisťovniam, orgánom verejnej moci, ak to vyplýva z právnych predpisov, a sprostredkovateľom, ktorí v mene prevádzkovateľa zabezpečujú najmä IT, servisné, archivačné alebo administratívne služby.

Osobné údaje budú uchovávané po dobu ustanovenú osobitnými právnymi predpismi a internými registračnými a retenčnými pravidlami prevádzkovateľa.

Dotknutá osoba má právo požadovať prístup k svojim osobným údajom, právo na opravu nepresných alebo neúplných údajov, právo na obmedzenie spracúvania v prípadoch ustanovených právnymi predpismi, právo namietať proti spracúvaniu, ak je na to právny dôvod, a právo podať sťažnosť dozornému orgánu, ktorým je Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky.

Podrobné identifikačné a kontaktné údaje prevádzkovateľa, prípadne zodpovednej osoby, sú uvedené v plnej informácii o spracúvaní osobných údajov dostupnej u prevádzkovateľa.

Potvrdenie o oboznámení

Ja, dolupodpísaný pacient alebo zákonný zástupca, potvrdzujem, že som bol alebo bola pred podpisom tohto formulára oboznámený alebo oboznámená s informáciou o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s **MR** vyšetrením.

Potvrdzujem, že som mal alebo mala možnosť oboznámiť sa s obsahom tejto informácie a klásť otázky.

Meno a priezvisko pacienta:	
Dátum narodenia:	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu (ak je relevantné):	
Dátum:	
Podpis pacienta / zákonného zástupcu:	