

## DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM NA MR

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	Zdravotná poisťovňa:
Kontakt (tel., e-mail):	Hmotnosť (pre SAR limit):

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

- PACEMAKER / KARDIOSTIMULÁTOR ("STROJČEK" NA SRDCE)
- SVORKY, STENTY, ŠPIRÁLKY PO OPERÁCII ANEURYZMY (CIEVNEJ VÝDUTE), BY-PASSY
- PUMPA INZULÍNOVÁ
- AKÝKOL'VEK TYP BIOSTIMULÁTORA
- AKÝKOL'VEK TYP VNÚTORŇCH ELEKTROD (VODIČE PACEMAKER, VNÚTORŇE SLÚCHADLO,
- UŠNÉ IMPLANTÁTY, VNÚTORŇE FILTRE, ELEKTRONICKÉ IMPLANTÁTY)

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

- CHIRURGICKÉ SVORKY (KDE?)
- OČNÉ PROTÉZY
- UMELE SRDCOVÉ CHLOPNE
- UMELE OČNÉ ŠOŠOVKY FIXOVANÉ DRÔTENÝM STEHOM
- IUT (DANA)
- UMELE KLÍBY, PROTÉZY
- ORTOPEDICKÉ, CHIRURGICKÉ A NEUROCHIRURGICKÉ IMPLANTÁTY
- ZUBNÉ PROTÉZY A SNÍMATEĽNÉ ZUBNÉ NÁHRADY
- PIERCING, TETOVANIE, AKUPUNKTÚRNE IHLY

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

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| BOLI STE NIEKEDY OPEROVANÝ/Á?<br>(AKÝ ORGAN BOL OPEROVANÝ?)             | ÁNO <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| STE TEHOTNÁ ALEBO PRAVDEPODOBNE TEHOTNÁ? KOJÍTE?                        | ÁNO <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| BOLI STE NIEKEDY PORANENÝ/Á KOVOVÝM PREDMETOM (PROJEKTIL, ČREPINA ATĎ?) | ÁNO <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| MALI STE NIEKEDY PORANENÉ OKO KOVOVÝM PREDMETOM?                        | 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!!!**

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 Alfamedia s.r.o. Pacient navrhovaným postupom porozumel a súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Dňa:	Podpis:
------	---------