

Magnetická rezonancia je jednoduchá, bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Pretože pri vyšetrení používame silné magnety, kovové predmety vo vašom tele môžu byť nebezpečné, alebo spôsobovať „interferenciu“. Prosíme Vás, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetrovať.

**Meno a priezvisko:** ..... **Rok narodenia:** ..... **Hmotnosť:** ..... **Výška:** .....

**Telefónne číslo:**..... **Email:**.....

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Kedy?	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	<b>Ak áno, aká oblasť?</b>	
<b>pacemaker / kardiostimulátor</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	očná protéza / umelá šošovka	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
<b>kardiodefibrilátor / ICD</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	umelé kĺbové náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
umelá srdcová chlopňa	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové implantáty v chrbtici	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
klipy – svorky (napr. mozog, žľazník)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	snímateľná zubná náhrada	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
stenty (napr. srdce, cievy, žilčiod)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové zubné náhrady <b>zubné plomby neuvádzať!</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
<b>alergia na lieky</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	tetovanie alebo permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
<b>iné kovové predmety alebo implantáty, aj elektronické</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	<b>Ak áno, aké?</b>	
<b>Pre ženy: je možné, že by ste mohli byť tehotná?</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	<b>Pre ženy: dojčíte?</b>	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám už pri vyšetrení podaná kontrastná látka?			<input type="checkbox"/> NEVIEM	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
<b>Ak áno, mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?</b>				<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku (gadolinium), ktorá je aplikovaná ihlou do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch aj tu sa môžu vyskytnúť nežiadúce účinky. Náš zdravotnícky personál je zaškolený na zvládnutie vzniknutých situácií.

Súhlasíte s podaním kontrastnej látky, ak si to bude vyšetrenie vyžadovať?			<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Popis (výsledky) z vyšetrenia žiadate?</b>	<input type="checkbox"/> ODOSLAŤ lekárovi	<input type="checkbox"/> STIAHNUŤ elektronicky*	<input type="checkbox"/> PREVZIAŤ osobne	

\***Popis a snímky** budete mať ihneď po popísaní rádiológom k dispozícii na portáli [www.ERADIOLOGIA.SK](http://www.ERADIOLOGIA.SK). Môžete si ich stiahnuť, vytlačiť či poskytnúť k ďalšej zdravotnej starostlivosti inému ošetrojúcemu lekárovi (aj lekárovi, ktorý neindikoval MR vyšetrenie).

Žiadate vyhotoviť obrazovú dokumentáciu z vyšetrenia aj na CD / DVD nosič za poplatok v zmysle platného cenníka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Udeľujete <b>súhlas</b> so spracúvaním osobných údajov na účely poskytnutia výsledkov vyšetrenia Vašmu ošetrojúcemu lekárovi, <b>ktorý nezadal požiadavku na vyšetrenie</b> , na základe jeho vyžiadania?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

*Súhlas nie ste povinný udeliť. Bez Vášho súhlasu však nebude možné napr. poskytnúť výsledky Vášho vyšetrenia, Vašmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi.*

**Čestne prehlasujem**, že žiadam o vyšetrenie magnetickou rezonanciou **mimo verejného zdravotného poistenia, na vlastné náklady**, na vlastnú žiadosť. Bol(a) som poučený(á), že moja zdravotná poisťovňa mi toto vyšetrenie nepreplatí. Súhlasím s platbou v hotovosti/kartou a súhlasím s ponúknutou cenou vyšetrenia, podľa platného cenníka.

<b>Bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia.</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÚHLASÍM s vyšetrením</b>
--	---

Podpis: ..... (vzťah k pacientovi: ..... ) Dátum: .....