

Magnetická rezonancia je bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Pretože vyšetrenie pacienta prebieha v prostredí silného magnetického poľa, 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.

Priezvisko a meno:..... Rok narodenia: Hmotnosť:

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	Ak áno, aký orgán?	
kardiostimulátor / pacemaker	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	očná protéza / umelá šošovka	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
kardiodefibrilátor / ICD	<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, žĺčník)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
stenty (napr. srdce, cievy, žilčod)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové zubné náhrady zubné plomby neuvádzať	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
alergia na MR kontrastné látky	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	tetovanie alebo permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
iné kovové predmety alebo implantáty aj elektronické	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Aké a kde?	
Pre ženy: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Pre ženy: dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Bola Vám už pri vyšetrení podaná kontrastná látka?				<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Ak áno, mali ste potom neprijemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?				<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku (gadolínium), 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	
Popis (výsledky) z vyšetrenia žiadate?	<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. Môžete si ich stiahnuť, vytlačiť či poskytnúť k ďalšej zdravotnej starostlivosti inému ošetrojúcemu lekárovi (aj lekárovi, ktorý neindikoval MR vyšetrenie).

Udeľujete súhlas so spracúvaním osobných údajov na účely poskytnutia výsledkov vyšetrenia Vášmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý nezadal požiadavku na vyšetrenie, 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, Vášmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi.

Čestne prehlasujem, že som poistencom ZP.....V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú vašej spoločnosti.

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

Podpis: (vzťah k pacientovi:) Dátum: