

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?	☐ ÁNO	☐ NIE	Kedy?		
Boli ste niekedy operovaný(á)?	☐ ÁNO	☐ NIE	Ak áno, aká oblasť?		
pacemaker / kardiostimulátor	☐ ÁNO	☐ NIE	očná protéza / umelá šošovka	☐ ÁNO	☐ NIE
kardiodefibrilátor / ICD	☐ ÁNO	☐ NIE	umelé kĺbové náhrady	☐ ÁNO	☐ NIE
umelá srdcová chlopňa	☐ ÁNO	☐ NIE	kovové implantáty v chrbtici	☐ ÁNO	☐ NIE
klipy – svorky (napr. mozog, žľázka)	☐ ÁNO	☐ NIE	snímateľná zubná náhrada	☐ ÁNO	☐ NIE
stenty (napr. srdce, cievy, žľazovod)	☐ ÁNO	☐ NIE	kovové zubné náhrady zubné plomby neuvádzať!	☐ ÁNO	☐ NIE
alergia na lieky	☐ ÁNO	☐ NIE	tetovanie alebo permanentný make-up	☐ ÁNO	☐ NIE
iné kovové predmety alebo implantáty, aj elektronické	☐ ÁNO	☐ NIE	Ak áno, aké?		
Pre ženy: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	☐ ÁNO	☐ NIE	Pre ženy: dojčíte?	☐ ÁNO	☐ NIE
Bola Vám už pri vyšetrení podaná kontrastná látka?			☐ NEVIEM	☐ ÁNO	☐ NIE
Ak áno, mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?			☐ ÁNO	☐ 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?			☐ ÁNO	☐ NIE
Popis (výsledky) z vyšetrenia žiadate?	☐ ODOSLAŤ lekárovi	☐ STIAHNUŤ elektronicky*	☐ 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?	☐ ÁNO	☐ 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.	☐ SÚHLASÍM s vyšetrením
---	---

Podpis: (vzťah k pacientovi:) Dátum: