

Magnetická rezonancia je bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Vyšetrenie pacienta prebieha v prostredí silného magnetického poľa, ktoré môže vzájomne ovplyvniť (kovové) implantáty a časti vášho tela, ako aj výsledný obraz.

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

Telefónne číslo:..... **Email:**.....

Napište / označte / doplňte:

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Kde?	Kedy?	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Ak áno, ktorý orgán:		
Pacemaker / kardiostimulátor, defibrilátor?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Tetovania / permanentný make-up?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO
Umelá srdcová chlopňa?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Klaustrofóbia?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO
Mozog – VP shunt / neurostimulátor?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Očná protéza / umelá šošovka?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO
Svorky – klipy / stenty / filtre?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	⇒ Cievny, mozog, hrudník, brucho, panva		
Kovový implantát / stabilizácia / protéza / dlahá?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	⇒ Kĺby, chrbtica, kosti		
Zubné kovové náhrady - snímateľné (protéza) - nesnímateľné (plomby neuvádzať)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> ÁNO	⇒ Mostík, implantát, ortodontický aparát - strojček		
Iné implantáty / elektronické zariadenia?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	⇒ Vnútrošný implantát, inzulínová pumpa		
Alergia?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Ak áno, aká?		
Pre ženy: ste tehotná?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Dojčíte?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO	Ak áno, mali nepríjemné pocity ako: teplo, svrbenie, vyrážky, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku (gadolinium), ktorá je aplikovaná ihlou do žily, najčastejšie na predlakti. 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 nežiaduce účinky. Každú reakciu prosíme nahlásite personálu.

Súhlasíte s podaním kontrastnej látky, ak si to bude vyšetrenie vyžadovať?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO
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).

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

Súhlas nie ste povinný udeľiť. Bez Vášho súhlasu však nebude možné napr. poskytnúť výsledky Vášho vyšetrenia, Vašmu 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:**