

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 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 nežiaduce účinky. Každú reakciu prosíme nahláste 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 Vášmu ošetrojúcemu lekárovi, ktorý nezadal požiadavku na vyšetrenie , na základe jeho vyžiadania?	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ÁNO

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

Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickou rezonanciou **mimo verejného zdravotného poistenia, na vlastné náklady**, na vlastnú žiadosť. Bol 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.

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

Podpis: (vz'ah k pacientovi:) **Dátum:**