

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:**.....

- prosíme vypísať čitateľne

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?		
pacemaker / kardiostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	očné protézy / umelú šošovku	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
inzulínovú pumpu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	endoprotézu – umelý kĺb	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
elektronický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	ortopedický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
vnútrošný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	podkožný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové črepiny	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
klipy – svorky	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
stenty	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
vnútrocievny filter	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	tetovanie	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
umelú srdcovú chlopňu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
klaustrofóbia	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE			
ste alergický	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno, na čo?		
iné kovové predmety alebo implantáty	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Aké a kde?		
Pre ženy: ste tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	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 nepríjemné 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 Vašmu 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, Vašmu ďalšiemu ošetrojúcemu lekárovi.

Prosím pokračujte vyplnením údajov na ďalšej strane⇒

UPOZORNENIE:

1. Pacienti s VP drenážou v mozgu musia ísť pred a po vyšetrení na 3,0T prístroji na neurochirurgickú kontrolu
2. Nenoste na vyšetrenie cennosti a zbrane.
3. Pre ženy: na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť naličená

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.

Bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia. **SÚHLASÍM s vyšetrením**

Podpis: (vzťah k pacientovi:) Dátum: