

MRI, s. r. o.

Pracovisko: Poliklinika Družba, Starohájska 2, 917 01 Trnava, detský pavilón
 Tel.: 033/2933230, 033/2933231 Fax: 033/2933232, web: www.izd-tt.sk, mail: recepacia@izd-tt.sk

Dotazník bezpečnosti pred vyšetrením magnetickou rezonanciou (MR), poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

Priezvisko a meno: _____ **Rok narodenia:** _____

Meno a priezvisko zákonného zástupcu pacienta (v prípade maloletého pacienta):

Hmotnosť: _____ **Výška:** _____

Žiadate nahráť obrazovú dokumentáciu z vyšetrenia na USB kľúč? (za poplatok) **ÁNO** **NIE**

Žiadate zaslať obrazovú dokumentáciu z vyšetrenia formou sms? (bezplatne) **ÁNO** **NIE**

Boli ste už na vyšetrení MR?	ÁNO	NIE	Dátum posledného MR vyšetrenia	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	ÁNO	NIE	Ak áno, ktorý orgán:	

Prosím, odpovedzte na nasledovné bezpečnostné otázky zakrúžkovaním správnej odpovede:

pacemaker / kardiostimulátor, defibrilátor	ÁNO	NIE	ortopedický implantát, endoprotézu – umelý kĺb	ÁNO	NIE
inzulínovú pumpu	ÁNO	NIE	kovové črepiny	ÁNO	NIE
svorky / klipy, stenty / výstuže, filtre	ÁNO	NIE	kovové zubné náhrady, snímateľnú zubnú náhradu	ÁNO	NIE
umelú srdcovú chlopňu	ÁNO	NIE	očnú protézu / umelú šošovku	ÁNO	NIE
klaustrofóbia	ÁNO	NIE	tetovanie, permanentný make-up	ÁNO	NIE
alergia	ÁNO	NIE	ak áno na čo?		
Iné predmety a implantáty	ÁNO	NIE	aké a kde?		
Pre ženy: ste tehotná?	ÁNO	NIE	dojčíte?	ÁNO	NIE

Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka? **ÁNO** **NIE**

Ak áno, mali ste po podaní nežiadúce účinky ako teplo, začervenanie, svrbenie, opuch, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?
 _____ (dopísať)

UPOZORNENIE:

1. V prípade vyššie uvedených implantátov a teliesok je potrebné potvrdiť kompatibilitu s MR (doložiť certifikát výrobcu)
2. Všetky snímateľné kovové predmety je nutné si pred MR vyšetrením odložiť, sňať. Rešpektuje pokyny rádiologického technika.
3. Pre ženy: na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť naličená.

Čestne prehlasujem, že som poistencom ZP

V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú spoločnosťou MRI, s.r.o.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti a súhlasím s vyšetrením, zároveň súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať.

Podpis pacienta/zákonného zástupcu:..... **Dátum:**

Pacient, zákonný zástupca alebo splnomocnenec pacienta je povinný poskytnúť osobné údaje na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti v požadovanom rozsahu, inak následkom neposkytnutia osobných údajov môže byť odmietnutie poskytnutia zdravotnej starostlivosti.