

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:** ..... (kg)

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Telefónne číslo* :	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Dátum posledného MR vyšetrenia:	
Ste po operácii mozgu?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ste po operácii ciev?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

**Prosím označte, ktoré z uvedených vecí máte a ktoré nemáte:**

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
vnútorocievny 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: je možné, že by ste mohli byť tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Pre ženy: dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

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

Ak áno, mali ste potom nepríjemné pocity ako teplo, svrbenie, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?  ÁNO  NIE

**VP drenáž** – pacienti musia ísť pred a po vyšetrení na neurochirurgickú kontrolu.

Počas MR vyšetrenia je niekedy vhodné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka (gadolinium) je aplikovaná cez malú ihlu do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pocit „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch aj tu sa môžu vyskytnúť nežiaduce účinky. Naš zdravotnícky personál je zaškolený na zvládnutie vzniknutých situácií.

**Nenoste na vyšetrenie cennosti a zbrane! Upozornenie pre ženy:** Na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť naličená.

**Bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia. Súhlasím s vyšetrením. Súhlasím s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať.**

*Prosím pokračujte vyplnením údajov na ďalšej strane.*

## SAMOPLATCA

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 toto vyšetrenie mi nepreplatí. Súhlasím s platbou v hotovosti a súhlasím s ponúknutou cenou vyšetrenia.

\* Ja, dolupodpísaný pacient, tomuto diagnostickému pracovisku, v ktorom som bol vyšetrený, udeľujem SÚHLAS NA spracúvanie môjho telefónneho čísla ako i súhlas na jeho poskytnutie spoločnosti Pro Diagnostic Group, a.s., so sídlom: Malý trh 2/A, Bratislava, IČO: 46 112 928, a to všetko na účely zabezpečenia umožnenia využívania služieb web portálu [www.eradiologia.sk](http://www.eradiologia.sk), a to po dobu 20 rokov od uskutočnenia posledného vyšetrenia týmto diagnostickým pracoviskom.

Podpis: ..... (vzťah k pacientovi: ..... ) Dátum: .....

**Toto diagnostické pracovisko poverilo spracúvaním osobných údajov pacientov, ktorých vyšetřilo, spoločnosť Pro Diagnostic Group, a.s. a to v rozsahu údajov, ktoré povinne obsahuje správa pre lekára, ktorý odporučil osobu na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa § 8 ods. 6 Zákona o zdravotnej starostlivosti a na účel urýchlenia a zjednodušenia poskytnutia ďalšej zdravotnej starostlivosti a umožnenia využitia služieb portálu [www.eradiologia.sk](http://www.eradiologia.sk).**



BRATISLAVA • NOVÉ ZÁMKY • LEVICE • ŽILINA • POPRAD • PREŠOV • KOŠICE

[WWW.MAGNETICKAREZONANCIA.SK](http://WWW.MAGNETICKAREZONANCIA.SK)

