

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:** ..... (kg)

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Dátum posledného MR vyšetrenia	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno, ktorý orgán:	

Prosím, odpovedzte na nasledovné bezpečnostné otázky:

pacemaker / kardiostimulátor, defibrilátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	očnú protézu / 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	VP Shunt	<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
svorky/klipy, stenty/výstuže, filtre	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
umelú srdcovú chlopňu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
klaustrofóbia	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	tetovanie, permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
alergia	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	ak áno na čo ?		
Iné predmety a implantáty	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	aké a kde ?		
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno, mali ste po podaní nežiaduce účinky ako teplo, začervenanie, svrbenie, opuch, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Pre ženy:</b> ste tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE

na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť naličená.

#### UPOZORNENIE:

- V prípade vyššie uvedených implantátov a teliesok je potrebné potvrdiť kompatibilitu s MR (doložiť certifikát výrobcu)**
- Všetky snímateľné kovové predmety je nutné si pred MR vyšetrením odložiť, sňať. Rešpektuje pokyny rádiologického technika
- Nenoste na vyšetrenie cennosti a zbrane.**

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka (gadolinium) je aplikovaná tenkou ihlou 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. Náš zdravotnícky personál je zaškolený na zvládnutie vzniknutých situácií.

Prosím pokračujte vyplnením údajov na ďalšej strane.

## SAMOPLATCA

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

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, dolu podpísaný pacient, tomuto diagnostickému pracovisku, v ktorom budem 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 kým nepominie účel spracúvania môjho telefónneho čísla, najviac však po dobu 20 rokov od uskutočnenia posledného vyšetrenia týmto diagnostickým pracoviskom.

Ja, dolu podpísaný pacient, som bol poučený o tom, že som oprávnený kedykoľvek svoj súhlas odvolať a to poštou na adrese sídla spoločnosti Pro Diagnostic Group, a.s., so sídlom Malý trh 2/A, Bratislava, 811 08.

**Telefónne číslo\* :**

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)

