



Dg. s.r.o. – Diagnostické centrum

PRACOVISKO MAGNETICKEJ REZONANCIE

Dobšinského 192/30, 979 01 Rimavská Sobota, tel. 047/5633456, fax 047/5631151

Dotazník pre pacientov pred vyšetrením magnetickou rezonanciou

Meno a priezvisko

Rod. číslo

Bydlisko

Kód zdravot. poisťovne

Máte niektorý z uvedených vnútrotelových implantátov:

- Kardio stimulátor alebo elektródy po kardio stimulátore
- Inzulínová pumpa
- Kovové svorky po operácii cievnej aneuryzmy
- Vnútrošný implantát alebo iné elektronické či mechanické implantáty

Ďalšie materiály, ktoré môžu ovplyvniť vyšetrenie alebo spôsobiť problémy:

- Chirurgické svorky, stenty, kedy? a kde ?
- Umelé srdcové chlopne Očné protézy Vnútromaternicové teliesko
- Umelé kĺby, protézy Zubné protézy a snímateľné zubné náhrady
- Ortopedické a neurochirurgické implantáty

Ďalšie dôležité otázky:

- Boli ste niekedy operovaný /-á/, kedy?
- Boli ste niekedy poranený /-á/ kovovou črepinou alebo projektilom?
- Máte na tele tetovanie / farbivá, ktoré môžu obsahovať železo/?
- Ste tehotná, alebo pravdepodobne tehotná?

Alergia na kontrastnú látku:

- Áno Nie

Týmto vyhlasujem, že som bol /a zrozumiteľne poučený /á o výkone, možných komplikáciách aj riziku odmietnutia poskytovania zdravotnej starostlivosti. Ďalej vyhlasujem, že som pravdivo uviedol /a všetky svoje ochorenia a okolnosti s tým súvisiace ako sú alergie, ďalšie predmety, ktoré môžu byť zdrojom problémov alebo ovplyvniť vyšetrenie a mohli by skomplikovať výkon. Beriem zodpovednosť za prípadné negatívne následky zatajenia niektorých skutočností. Na základe vlastného rozhodnutia s vyšetrením súhlasím.

Dátum:

Podpis: