

DOTAZNÍK K VYŠETRENIU NA MAGNETICKEJ REZONANCI (MR)

Na účely poskytnutia zdravotnej starostlivosti vyplňte, prosím, tento dotazník.

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (identifikácia/pečiatka ZZ)

PRACOVISKO/ODDELENIE:

MIESTO:

MENO ZAMESTNANCA:

DÁTUM:

MENO A PRIEZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

EMAIL:

AKTUÁLNA HMOTNOSŤ:

 kg

VÝŠKA PACIENTA:

 cm

TELEFÓNNE ČÍSLO:

Váš e-mail a telefón slúži pre potreby prípadnej komunikácie, nie na zasielanie výsledkov.

Alergia na lieky a iné látky ☐ mám ☐ nemám

Ak áno, na aké?

V súvislosti s podaním kontrastnej látky Vám bola odporúčaná antialergická príprava? ☐ bola ☐ nebola

Ak Vám bola odporúčaná antialergická príprava, bola Vám podaná? ☐ bola ☐ nebola

Máte zvýšený vnútroočný tlak (zelený zákal)? ☐ mám ☐ nemám

Kardiostimulátor, implantabilný kardioverter-defibrilátor (ICD) ☐ mám ☐ nemám

Sluchový implantát, načúvací aparát ☐ mám ☐ nemám

Inzulínová pumpa ☐ mám ☐ nemám

Chlopňové náhrady ☐ mám ☐ nemám

Cievne svorky, venózne porty, embolizačné špirály ☐ mám ☐ nemám

Svorky a kovové náhrady na srdci (Ak áno, potvrdenie a súhlas kardiológa s realizáciou vyšetrenia)

Kovové črepiny, úlomky, cudzie telesá ☐ mám ☐ nemám

Očné protézy ☐ mám ☐ nemám

Endoprotézy, náhrada kĺbu ☐ mám ☐ nemám

Kovové snímateľné zubné náhrady ☐ mám ☐ nemám

Tetovanie, pírting ☐ mám ☐ nemám

U žien – ste tehotná? ☐ som ☐ nie som

Dojčíte? ☐ áno ☐ nie

Boli ste operovaný/á? ☐ áno ☐ nie

Ak áno, aká operácia a kedy?

Liečite sa na obličkové ochorenie? ☐ áno ☐ nie

Trpíte klaustrofóbiou (strach z uzavretých priestorov)? ☐ áno ☐ nie

MR vyšetrenie som absolvoval/a v roku:

Vyšetrovaný orgán/oblasť:

DÁTUM A MIESTO PODPISU ZDRAVOT. ZAMESTNANCA:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU: