

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 PRÍZVISKO PACIENTA:

ADRESA:

KÓD ZDRAV. POISŤOVNE:

RODNÉ ČÍSLO:

AKTUÁLNA HMOTNOŠŤ:

 kg

VÝŠKA PACIENTA:

 cm

Alergia na lieky a iné látky mám nemám

Ak áno, na aké?

V prípade alergie protialergická príprava podaná bola nebola

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, pírsing 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: