

Žiadosť o vyšetrenie magnetickou rezonanciou

Pacient	Priezvisko a Meno:	Telefón:
	Rodné číslo:	Číslo poisťovne:
	Kovový materiál v organizme:	Alergie:

Vyšetrenie	Lokalita:	dátum a čas vyšetrenia :
	Diagnóza:	Štatistický kód Dg:
	Konkrétna otázka:	

NEVYŠETRUJEME pacienta s kardiostimulátorom, lebo by bol v ohrození života**UPOZORNENIE: pacientov s hmotnosťou nad 130kg alebo s kovovým implantátom, s piercingom, cievnu svorkou, chlopňovou náhradou, s klaustrofóbiou alebo tehotné ženy vyšetrujeme len po konzultácii a s písomným súhlasom pacienta.**

Odosielaťel	Priezvisko a Meno:	Telefón:
	Kód poskytovateľa:	Kód lekára:
	Názov pracoviska:	Odbornosť:
	Adresa pracoviska:	e-mail:

Dátum:

Podpis a pečiatka odosielaťela:

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol plne informovaný/á o **charaktere a dôvodoch MRI vyšetrenia**, pričom s prevedením vyšetrenia súhlasím.**Prehlasujem, že nie som tehotná.**Svojím podpisom potvrdzujem, že som si nadštandardné služby pracoviska dobrovoľne vyžiadala/a a som si vedomý/á doplatkov za nadštandard. Som si vedomý/á, že v rámci nadštandardu mám okrem iných aj **možnosť telefonickú konzultáciu výsledku môjho MRI vyšetrenia** s ortopédom – operátorom (pošlite SMS dopyt na 0903 699 669 a ortopéd Vás bude kontaktovať) a pokiaľ si žiadam zaslať výsledok-popis MRI vyšetrenia, tak na nasledovnú e-mail adresu:

..... (čitateľný údaj je podmienkou úspešnosti zaslania popisu – ďakujeme)

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si vedomý/á, že je nutné dodržať požiadavky MRI laboranta, ako aj nehýbať sa počas vyšetrenia, čo by mohlo zásadne zmeniť výsledok vyšetrenia. Diagnostická hodnota MRI merania násobne presahuje technické údaje cca. 0,3 T.

Prehlásenie pacienta:

1. pacient prehlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov/ o svojom zdravotnom stave, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj o možných následkoch nerešpektovania odporúčanej liečby.
2. pacient prehlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že si je vedomý toho, že zdravotnícke zariadenie clinica orthopedica sanctae Annae /ost.a.h./ poskytuje v zmysle platných právnych predpisov /§44, ods. 4, zákona č. 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov/ svojím pacientom možnosti nadštandardného pobytu v zariadení /v jeho ambulancii, ako aj lôžkovej časti/ a to za úhradu. Pacient svojím podpisom potvrdzuje, že o takýto nadštandardný pobyt má výslovný záujem a tento žiada, pričom sa zároveň zaväzuje za takýto prevádzkový nadštandard a komfort uhradiť platbu v zmysle platného cenníka zdravotníckeho zariadenia.

Svojím podpisom potvrdzujem, že : **nemám** **MÁM** záujem o **urýchlený popis** vyšetrenie, ako špeciálnu službu......
podpis pacienta