

## VPRAŠALNIK ZA MR PREISKAVO

### 1. OSEBNI PODATKI PACIENTA

a.	Ime in priimek:		
b.	Datum rojstva:	c.	Mobilna številka:
d.	Višina (cm):	e.	Teža (kg):

### 2. KONTRAINDIKACIJE ZARADI KOVINSKIH TUJKOV

a.	Ali ste že bili kdaj operirani?	DA	NE
Opišite vrsto operacije:		Leto operacije:	
b.	Ali ste že bili ranjeni s kovinskim predmetom in bi lahko v telesu ostal kovinski tujek?	DA	NE
Opišite poškodbo:			

### 3. NEKATERE STVARI SO LAHKO NEVARNE ALI PA MOTIJO MR PREISKAVO, ZATO VAS PROSIMO, DA OZNAČITE, ČE IMATE:

a.	Srčni spodbujevalnik (pace-maker) ali srčni defibrilator	DA	NE
b.	Ušesni implantat	DA	NE
c.	Slušni aparat	DA	NE
d.	Umetna srčna zaklopka	DA	NE
e.	Kirurške sponke	DA	NE
f.	Umetni ud - endoproteza	DA	NE
g.	Vgrajeni kirurški material (vijaki, ploščice, žice ...)	DA	NE
h.	Vgrajeni dozator zdravil	DA	NE
i.	Umetno zobovje (snemljivo?) - zobni aparat ali vsadek	DA	NE
j.	Kakršen koli drug implantat - vsadek	DA	NE

Prosimo, da nadaljujete z izpolnjevanjem vprašalnika na naslednji strani!

#### 4. KONTRAINDIKACIJE ZA KONTRASTNO SREDSTVO (KS)

a.	Ali ste že imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo?	DA	NE
		Nisem še imel/-a preiskave s KS	
Opišite:			
b.	Ali ste alergični na katero od zdravil?	DA	NE
		Na katera?	
c.	Ali imate kakšno srčno obolenje?	DA	NE
d.	Ali imate kakšno ledvično obolenje?	DA	NE
e.	Ali obstaja možnost, da ste noseči?	DA	NE
f.	Ali imate infekcijsko bolezen (HIV, hepatitis)?	DA	NE

#### 5. SOGLASJE ZA PREISKAVE S KONTRASTNIM SREDSTVOM (KS)

Med preiskavo se zdravnik radiolog lahko odloči za aplikacijo kontrastnega sredstva, ki v nekaterih primerih pomaga k zanesljivejši diagnozi. Kontrastno sredstvo je zelo varno. Kljub temu obstajajo možnosti za manjše stranske učinke, ki se odražajo kot glavobol, slabost ali manjši izpuščaji na koži. Če se pojavi kakšen od teh in podobnih znakov, nas takoj opozorite, da vam pomagamo. V kolikor se podobni znaki pojavijo kasneje, morate poiskati nasvet lečečega ali osebnega zdravnika.

a.	Seznanjen/-a sem z možnostjo aplikacije kontrastnega sredstva in z možnimi zapleti ter soglašam z izvedbo preiskave.	DA	NE
----	--	----	----

***Dodatne informacije vam bo pred preiskavo podal oziroma razložil radiološki inženir.***

**Prosimo, da nadaljujete z izpolnjevanjem vprašalnika na naslednji strani!**

## 6. OSTALA SOGLASJA

S podpisom potrjujem, da sem prebral/-a besedilo, da sem na vprašanja odgovoril/-a verodostojno, da sem seznanjen/-a s potekom preiskave in z možnimi zapleti, da razumem potek preiskave in z njo soglašam.

V kolikor nimam urejenega obveznega (OZZ) in/ali prostovoljnega (PZZ) zdravstvenega zavarovanja, **s podpisom potrjujem**, da bom **znesek preiskave poravnal/-a** po opravljeni storitvi.

**Samo za samoplačnike!** Na preiskavo sem naročen/-a kot samoplačnik in v nobenem primeru ne bom iz naslova obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja od ZZZS zahteval/-a povračila stroškov (izjavo smo kot pogodbeni partner dolžni pridobiti v skladu s 39. čl. splošnega dogovora za leto 2010).

\_\_\_\_\_  
Ime in priimek:

\_\_\_\_\_  
Lastnoročni podpis:

\_\_\_\_\_  
Datum:

---

*Vaši podatki v zvezi s to preiskavo se zbirajo, hranijo in posredujejo uradnim službam za potrebe zakonsko zahtevanih statistik (ZVISJV-UPB 1, UL RS 50,29.3.2003).*

*Vaše osebne podatke bomo po potrebi posredovali tretjim osebam, vendar le za namene posredovanja zdravstvenih storitev in v primerih, ki jih določajo zakonski predpisi. Vaši podatki bodo zaupno obdelani in bodo obravnavani v skladu s splošnim predpisom o varstvu podatkov v skladu z namenom in predpisov.*