

DOTAZNÍK BEZPEČNOSTI A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA S VYKONANÍM VYŠETRENIA
MAGNETICKOU REZONANCIOU A SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV



MRI Point s.r.o., Demänovská Dolina, 031 01, Demänovská Dolina

Titul, Meno a Priezvisko

Adresa PSČ:

Dátum narodenia Rodné číslo ZP

Tel. číslo Email

OBLASŤ, ktorá má byť vyšetrená

Kardiostimulátor	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Kovové svorky po operácii mozgu, ciev	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Kovové kĺbne náhrady, kovové dlahy, endoprotézy	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Umelé Srdcové chlopne	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Sluchový implantát, načúvací aparát	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Kovové črepiny v oku alebo inde v tele	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Inzulínová pumpa, senzor na meranie glukózy	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Kovové snímateľné zubné náhrady	<input type="radio"/> mám	<input type="radio"/> nemám
Trpíte klaustrofóbiou ?	<input type="radio"/> áno	<input type="radio"/> nie
U žien - ste tehotná?	<input type="radio"/> áno	<input type="radio"/> nie

Pokiaľ ste označili pri niektorej možnosti ÁNO, na túto skutočnosť UPOZORNITE personál magnetickej rezonancie!

Kovové časti môžu spôsobiť úraz alebo poškodenie prístroja, preto Vás prosíme aby ste si pred vstupom do vyšetrovne v kabínke odložili: hodinky, kľúče, obuv, oblečenie s kovovými časťami, načúvacie prístroje, okuliare, kontaktné šošovky, zubné protézy, bankomatové karty s magnetickým prúžkom, mobilné telefóny a pod.

Vyšetrenie magnetickej rezonanciou prebieha v niekoľkých sériách. Celé vyšetrenie trvá od 40-50 minút, v závislosti od vyšetrovanej oblasti. Vyšetrenie je bezbolestné. V priebehu vyšetrenia budete počuť klepanie a pípanie, ktoré patrí k vyšetreniu. Je nutné ležať kľudne a nehýbať sa. Každý pohyb vedie k znehodnoteniu vyšetrenia.

Výsledok MRI vyšetrenia – Popis s nálezom

Písomná žiadosť pacienta o poskytnutie výpisu zo zdravotnej dokumentácie: Týmto žiadam spoločnosť MRI Point s.r.o. so sídlom Demänovská Dolina 9, 031 01 Liptovský Mikuláš ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o poskytnutie výpisu z mojej zdravotnej dokumentácie v súlade s § 24 z. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších právnych predpisov, najmä v súvislosti so stavom a vývojom môjho zdravotného stavu a v súvislosti s údajmi potrebnými na ďalšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

CD z MRI vyšetrenia dostávajú hneď po vyšetrení. Výsledok z vyšetrenia Vám je vystavený do **3 pracovných dní**. Popis z nálezom je určený indikujúcemu lekárovi. S naším personálom si dohodnite spôsob prevzatia výsledku.

Výpis z mojej zdravotnej dokumentácie mi bude poskytnutý:

elektronickou formou (email)
 poštou (doplatok 4€)
 prídem osobne

V prípade, ak pacient nezvolí ani jednu z možností po výpis z dokumentácie sa dostaví osobne.

Prosím, otočte list.

Mám záujem, aby som bol/a oslovaná/ý:

- telefonicky na telefónne číslo vyššie uvedené
- elektronickou poštou na e-mail vyššie uvedený
- formou sms správy na telefónne číslo vyššie uvedené

Ako som sa dozvedel/la o MRI Point s.r.o a možnosti vyšetrenia MR?

- informoval a odporučil ma lekár/ sestra
- vyhľadáním na internete, Google, web stránka
- na odporúčenie známych
- sociálne siete (Facebook)

Podpisom prehlasujem, že som bol informovaný/á podľa § 19 a §20 zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a čl.13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov o právach a informáciách týkajúcich sa ochrany mojich osobných údajov. Informácie sú dostupné v priestoroch prevádzkovateľa.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som si dotazník bezpečnosti pred vyšetrením magnetickou rezonanciou prečítal/a a poučení rozumel/a. Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickou rezonanciou mimo verejného zdravotného poistenia na vlastné náklady, na vlastnú žiadosť a bol som oboznámený s cenou vyšetrenia.

V Demänovskej Doline

Dátum vyšetrenia

Podpis pacienta alebo zákonného zástupcu*

*V prípade, že je pacient zastupovaný zákonným zástupcom prosíme vyplniť:

Meno a priezvisko:

Vzťah k pacientovi: