



6251

**PRIVOLITEV V IZVEDBO  
PREISKAVE  
Magnetna resonanca**

Priimek in ime pacienta	Št. zdravstvene kartice	Teža	Višina	Datum rojstva

1. Ali ste že kdaj prej bili na magnetno resonančni preiskavi? DA    NE
2. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA: ali so se med ali po preiskavi pojavili kašni zapleti?
  - a. NE
  - b. DA – opišite kakšni: \_\_\_\_\_
3. Se zdravite ali ste se zdravili zaradi bolezni ledvic? DA    NE
4. Ali ste kdaj imeli kovinski tujek kjerkoli v telesu? DA    NE
5. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA: ali je bil tujek odstranjen? DA    NE
6. Ali imate:
  - srčni spodbujevalnik DA    NE
  - umetno srčno zaklopko DA    NE
  - kirurške sponke, vijake DA    NE
  - umetne sklepe DA    NE
  - stent (kovinska opornica znotraj žile, sečevodov ali žolčevodov) DA    NE
  - inzulinsko črpalko DA    NE
  - nevrostimulator (DBS) DA    NE
  - kohlearni vsadek DA    NE

**Če imate katerega od navedenih kovinskih vsadkov, morate pridobiti certifikat o ustreznosti materiala oz. nas poklicati.**

- zobno ali očesno protezo (pred preiskavo jo boste odložili v garderobi) DA    NE
  - slušni aparat (pred preiskavo ga boste odložili v garderobi) DA    NE
7. Ste bili kdaj operirani? DA    NE
  8. Ali vam je znano, da ste alergični na zdravila ali kontrastno sredstvo? DA    NE
  9. Imate astmo ali alergijo, ki jo je potrebno zdraviti z zdravili? DA    NE

***Dodatni vprašanja za ženske:***

10. Ste noseči? DA    NE
11. Dojite? DA    NE

**S podpisom potrjujem, da me je zdravnik podrobno seznanil s potekom preiskave in eventualnimi možnimi zapleti v primeru aplikacije kontrastnega sredstva, ter v izvedbo preiskave tudi privolim.**

Kraj in datum:		Datum preiskave:
Podpis pacienta:	Podpis zdravnika radiologa:	Podpis staršev/zakonitega zastopnika/napotnega zdravnika – <b>v primeru, ko pacient sam tega ni zmožen.</b>