

## VPRAŠALNIK IN SOGLASJA

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

Naslov: \_\_\_\_\_

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

Telefonska številka, E-mail \_\_\_\_\_

Zakaj ste se odločili za pregled – opis zdravstvenih težav in lociranje le-teh (npr.: levo koleno, desno zapestje....)

*Pred izvedbo preiskave potrebujemo informacije glede vaših preteklih zdravljenj in posegov – ter ali obstaja možnost, da imate v vašem telesu kakšen kovinski delec oz. tujek. Kovinski delci so lahko zelo nevarni oz. lahko ovirajo preiskavo, zato vas prosimo, da odgovorite na naslednja vprašanja:*

1. Ali ste imeli kakršnekoli operativne posege; DA NE  
prosimo, če napišete vrsto posega in datum ter ali so se med ali po posegu pojavili kakšni zapleti:

2. Ali imate v svojem telesu kaj od naštetega:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| a. srčni spodbujevalnik (pace-maker)                        | DA | NE |
| b. umetno srčno zaklopko                                    | DA | NE |
| c. inzulinsko ali infuzijsko črpalko                        | DA | NE |
| d. neurostimulator  | DA | NE |
| e. kirurške sponke ali vijake                               | DA | NE |
| f. umetne sklepe  | DA | NE |
| g. slušni aparat ali umetno lečo                            | DA | NE |
| h. očesno ali zobno protezo ali mostiček                    | DA | NE |
| i. stent: kovinska opornica znotraj žile, sečevod, žolčevod | DA | NE |
| j. maternični vložek  | DA | NE |

### **POMEMBNO!!!**

***Če ste pri katerem od vprašanj odgovorili z DA, potrebujete certifikat o ustreznosti materiala, kjer je navedena kompatibilnost z MR, datum in podpis izdajatelja potrdila. Hkrati pa vas prosimo, da PRED PRIHODOM OBVEZNO kontaktirate naš diagnostični center za info o izvedbi preiskave!!***

3. Ali ste se kdaj poškodovali s kovinskim tujkom? DA NE  
če DA; ali so kovinski tujek odstranili? DA NE
4. Ali ste imeli kdaj poškodbo očesa? DA NE
5. Ali imate kaj od spodaj naštetega?
- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. anemijo ali kakšno drugo bolezen krvi     | DA | NE |
| b. bolezni ledvic                            | DA | NE |
| c. sladkorno bolezen                         | DA | NE |
| d. astmo ali preobčutljivostno bolezen dihal | DA | NE |
| e. preobčutljivost na katerakoli zdravila    | DA | NE |
6. Ali imate piercing, uhanje in drug nakit? DA NE

7. Za pacientke:

- a. Ali ste noseči? \_\_\_\_\_ DA NE
- b. Ali dojite? \_\_\_\_\_ DA NE

**SOGLASJE ZA PREISKAVO**

S svojim podpisom potrjujem:

- da sem seznanjen/a z vrsto in potekom preiskave,
- da sem razumel/a način in pogoje za izvedbo preiskave z MR,
- da mi je bila dana možnost postaviti dodatna vprašanja glede preiskave,
- da sem podal resnične podatke ter
- da pristajam na preiskavo MR in
- da sprejemam vsa tveganja MR preiskave.

\_\_\_\_\_  
Kraj, datum

\_\_\_\_\_  
Pacient

\_\_\_\_\_  
Zdravnik

Pred preiskavo vprašalnik in soglasje pregledal \_\_\_\_\_ inženir radiologije.

\_\_\_\_\_  
Ing. radiologije

**SOGLASJE ZA OBDELAVO PODATKOV**

S svojim podpisom potrjujem:

- da so vsi dani podatki resnični,
- da dovoljujem, da MEDISKEN d.o.o. obdeluje moje osebne podatke za namene zdravstvenih storitev

DA NE

- da dovoljujem, da MEDISKEN d.o.o. uporablja moje osebne podatke za statistično obdelavo, trženjske raziskave ter za potrebe neposrednega trženja – GDPR.

DA NE

To dovoljenje lahko kadar koli umaknem s pisno zahtevo, poslano po elektronski pošti na naslov [info@medisken.si](mailto:info@medisken.si)

\_\_\_\_\_  
Kraj, datum

\_\_\_\_\_  
Pacient