

OPĆA BOLNICA „DR.IVO PEDIŠIĆ“ SISAK

Odjel za radiologiju - MR dijagnostika

J.J. Strossmayera 59, Sisak

Pristanak na MR pregled (MAGNETSKA REZONANCA)

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____ Tjelesna masa: _____ Visina: _____

Broj telefona: _____

Molimo Vas da pažljivo pročitate i odgovorite na sljedeća pitanja, zaokruživanjem ponuđenih odgovora.

O pažljivom ispunjavanju ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju pretrage.

Jeste li ikada bili operirani? **DA** **NE**
Ako je odgovor DA, navedite vrstu operativnog zahvata.

Imate li: - elektrostimulator srca	DA	NE
- umjetni srčani zalistak	DA	NE
- kirurške pločice, vijke, žice	DA	NE
- zubnu, očnu ili protezu za uho, slušni aparat	DA	NE
- umjetnu protezu, automatski potkožni injektor lijekova	DA	NE
- intramaterični uložak ili bilo kakav implantat	DA	NE
- stent	DA	NE

Jeste li ikad imali metalno strano tijelo (bilo koji dio tijela)? **DA** **NE**

Jeste li ranjavani, imate li preostalih gelera u tijelu? **DA** **NE**

Bavite li se zanimanjem u metalnoj industriji? **DA** **NE**

Jeste li alergični na lijekove ili kontrastna sredstva? **DA** **NE**

Jeste li trudni ili postoji mogućnost trudnoće? **DA** **NE**

U slučaju da ste na bilo koje pitanje odgovorili **DA**, te imate pitanja ili nejasnoća, savjetujte se s liječnikom obiteljske medicine ili nas kontaktirajte na broj telefona: 044/553-301

Liječnik me je upoznao s mojim zdravstvenim stanjem, preporučenim postupkom liječenja i eventualnim rizicima, uključujući i rizike koji su specifični s obzirom na moje zdravstveno stanje, a isto tako na rizike koji se u navedenoj situaciji najčešće pojavljuju.

Izjavljujem da sam bio u mogućnosti postavljati pitanja i konzultirati se s liječnikom glede svoga zdravstvenog stanja, navedenog postupka, eventualnih rizika liječenja, a isto tako i o mogućnosti zamjene za preporučeni postupak te sam samostalno izabrao gore navedeni postupak. Moja pitanja i nedoumice vezane uz navedeni postupak liječenja objašnjene su mi na zadovoljavajući i razumljiv način.

Potpisom pristajem na traženu pretragu i na moguću anonimnu upotrebu rezultata u znanstvene, stručne i obrazovne svrhe.

Potpis i faksimil liječnika

Potpis odgovorne osobe

Potpis pacijenta

Potpis roditelja/skrbnika

Dana _____ godine, u Sisku.