

U K C MARIBOR – RADIOLOŠKI ODDELEK

SOGLASJE ZA IZVEDBO MR PREISKAVE

(IZPOLNI BOLNIK)

Priimek in ime _____

Datum rojstva _____

Poklic _____

Vaša telefonska številka _____

Prosimo vas, da z DA ali NE odgovorite na naslednja vprašanja (ustrezno obkrožite):

1. Ali ste kdaj imeli kovinski tujek v telesu (očesu)? DA NE

* je bil odstranjen? _____ DA NE

2. Ali imate:

* srčni vzpodbujevalnik? _____ DA NE

* umetno srčno zaklopko? _____ DA NE

* kirurške sponke? _____ DA NE

* ušesno, očesno ali zobno protezo? _____ DA NE

* umetne sklepe? _____ DA NE

* maternični vložek (IUD)? _____ DA NE

* stent (kovinska opornica znotraj žile, sečevodov ali žolčevodov)? _____ DA NE

3. Ste bili kdaj operirani? _____ DA NE

4. Ali ste noseči? _____ DA NE

5. Ali ste alergični na zdravila ali kontrastno sredstvo? DA NE

6. Vaša telesna teža _____, vaša telesna višina _____

Če ste na katero od vprašanj odgovorili z DA, nas pokličite na Radiološki oddelek UKC Maribor, tel. številki 02 321-22-55 ali 02 321-22-56.

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen(a) z namenom, pogoji in izvedbo preiskave.

_____ datum

_____ podpis

U K C MARIBOR – RADIOLOŠKI ODDELEK

Priloga ob napotitvi na MR preiskavo

NAMEN MR PREISKAVE:

Prosimo, da napotni zdravnik v pisni obliki poda naslednje podatke, pomembne za odločitev o prioriteti MR preiskave in priloži soglasje bolnika.

1. Ime in priimek, datum rojstva bolnika:

2. Odgovorni zdravnik in tel. številka:

3. Že opravljene preiskave:

- **laboratorij (kreatinin)** datum: izvid (povzetek):

.....
.....

- **slikanje skeleta** datum: izvid (povzetek):

.....
.....
.....

- **scintigrafija** datum: izvid (povzetek):

.....
.....

- **angiografija** datum: izvid (povzetek):

.....
.....
.....

- **mielografija** datum: izvid (povzetek):

.....
.....
.....

- **CT** datum: izvid (povzetek):

.....
.....
.....

- **MR** datum: izvid (povzetek):

.....
.....
.....

4. Povzetek bolezni in dosedanjega zdravljenja:

5. Razlog napotitve (kaj pričakujete od MR preiskave):

Datum:

Podpis lečečega zdravnika:

.....

Podpis predstojnika oddelka:

.....