

Jméno a příjmení _____ **RČ** _____

Vítáme Vás na pracovišti magnetické rezonance. Váš lékař požaduje nejmodernější vyšetření v současné medicíně. Jde o zobrazovací metodu, která na rozdíl od RTG vyšetření nepoužívá ionizující záření. Principem metody je sledování chování tkání a orgánů ve velmi silném magnetickém poli. Vyšetření není bolestivé. **Kovový materiál v těle však může pod vlivem magnetického pole poškodit Vaše zdraví.**

Přečtěte si prosím, následující otázky a zakroužkujte správnou odpověď. **Pravdivé zodpovězení našich dotazů, je velmi důležité pro Vaši bezpečnost.**

Máte nebo jste někdy měl/a zavedený kardiostimulátor (pacemaker)? ANO NE

Prodělal/a jste srdeční operaci? ANO NE

Máte zavedený stent v tepně či žíle (např. v srdci nebo na dolních končetinách)? ANO NE

Prodělal/a jste operaci hlavy (mozku)? ANO NE

Prodělal/a jste oční operaci, nebo úraz oka, způsobený kovovou střepinou? ANO NE

Prodělal/a jste operaci uší (nemáte voperován kochleární implantát)? ANO NE

Máte umělý kloub (např. kyčelní, kolenní)? ANO NE

Jste po operaci jakékoli zlomeniny s použitím vnitřní kovové dlahy, hřebů nebo šroubů? ANO NE

Prodělal/a jste někdy úraz a je možné, že se ve Vašem těle nachází kovová střepina nebo projektil? ANO NE

Máte tetování? ANO NE

Pokud používáte kontaktní čočky, před vyšetřením, je prosím, vyndejte z očí.

Datum _____

Podpis _____