

Kérdőív MR vizsgálat előtt
Kistó27 Diagnosztika - KT27_MR_2026_02

Kérjük adja meg a vizsgálatához szükséges adatait és aláhúzással válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely és idő:

TAJ szám:

Telefon:

E-mail:

Egyéb biztosító és kötvényszám:

Ültettek-e be Önnek vagy visel-e Ön pacemakert vagy egyéb elektromos árammal működő eszközt?

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

Van-e a szervezetében fém tartalmú eszköz vagy idegen test? (pl. protézis, orvosi fémcsavar, fogszabályzó, műfogsor, fémszilánk, pisztolygolyó, stb)

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

Volt-e Önnek agyi aneurysma műtété? Igen - Nem

Volt-e bármilyen műtété az elmúlt 8 hétben? Igen - Nem

Van-e Önnek bármilyen implantátuma (pl. emlő implantátum)? Igen - Nem

Visel-e Ön gyógyszeres tapaszt? Igen - Nem

Van-e Önnek tetoválása vagy smink tetoválása? Igen - Nem

Csináltatott-e tetoválást az elmúlt 48 órában? Igen - Nem

Kapott-e korábban MR vizsgálat során kontrasztanyagot? Igen - Nem

Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?

Volt-e kontrasztanyagot CT vagy MR vizsgálata az elmúlt 2 napban? Igen - Nem

Van-e önnek allergiás betegsége vagy gyógyszer érzékenysége? Igen - Nem

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

Kérjük jelölje be, ha az alábbi betegségek miatt Ön kezelés alatt áll

- magasvérnyomás
- asthma
- vesebetegség (pl. veseelégtelenség, veseműtét, fehérjevizelés, stb)
- fertőző betegség (TBC, májgyulladás, stb.)
- zöldhályog (glaucoma)
- szívbetegség

Van-e egyéb említésre méltó betegsége?

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

Fennáll-e terhesség Önnél? Igen - Nem

Szoptat-e? Igen - Nem

Volt-e Önnek korábban bármilyen műtété? (pl. vakbélműtét, császármetszés, nőgyógyászati műtét, ortopédiai műtét, stb.) Igen - Nem

Igen válasz esetén kérjük itt sorolja fel:.....

Kérjük, adja meg testsúlyát kg-ban:

Kérjük adja meg testmagasságát cm-ben:

Beleegyező nyilatkozat a MR vizsgálat elvégzéséről

Kistó27 Diagnosztika - KT27_MR_2026_03

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely és idő:

TAJ szám:

Alulírott kijelentem, hogy a **KT27_MR_2026_01 tájékoztatót a MR vizsgálatokról** tájékoztató minden oldalát elolvastam, (illetve kérdésem alapján szóbeli felvilágosítást kaptam). A vizsgálat lényegét megértettem, és a javasolt MR-VIZSGÁLATBA BELEEGYZEM.

Az MR vizsgálat során

- kontrasztanyag beadásába, illetve szövődmény esetén a szükséges terápiás beavatkozásba **BELEEGYZEM.**
- kontrasztanyag beadásába **NEM EGYEZEM BELE.**

(kérjük a megfelelő válasz aláhúzását!)

Felelősséggel kijelentem, hogy tudtommal a szervezetembe pacemaker (szívritmus szabályozót), nem MR kompatibilis fémprotézist, vagy más nem MR kompatibilis fémanyagot, illetve elektromos árammal működő készüléket (pl.: hallókészülék) nem ültettek be, nem viselek, valamint szervezetemben fém idegentest nincs.

Tudomásul veszem, hogy ha a vizsgálat elkészültét követő 30 naptári napon belül nem veszem át a vizsgálat eredményét, az megsemmisítésre kerül. További másolatot csak az érvényes díjtétel szerinti térítés ellenében tudnak számomra biztosítani.

Hozzájárulok ahhoz, hogy gyógykezelésem érdekében a mai napon elvégzett vizsgálatom leletezését a Kistó27 Diagnosztika által megbízott radiológus szakorvos végezze teleradiológiai úton. Hozzájárulok ahhoz, hogy a leletező orvos jelen vizsgálatom képanyagát, valamint amennyiben van, a betegségemre vonatkozó előző vizsgálatok képanyagát és az ezzel kapcsolatos dokumentumokat megtekintse.

Hozzájárulok, hogy személyes adataimat az intézmény a törvények betartásával kezelje.

Személyes elérhetőségeim (telefon, email) marketing célú felhasználáshoz

HOZÁJÁRULOK NEM JÁRULOK HOZZÁ

Veszprém, (dátum)

Páciens vagy törvényes képviselő aláírása