Crea: _____GFR: _____

KM: _____

Flow: _____

MAGNET RESONANZ
INSTITUT BLUDENZ
DDR. FÄßLER

Ime:

Dat. rođ.

Težina (ca.) _____kg

I.	Jeste li nisilac jdenog:	**DA**	**NE**
	Pokretača srca?	O	O
	Implatata srednjeg uha?	O	O
	Pumpe za lijekove, neurostimulatora?	O	O
	Senzora za šećer u krvi (Freestyle Libre..)	O	O
II.	Nalazi li se u Vašem tijelu:		
	Metalni dijelovi?	O	O
	Klips za krvne žile?	O	O
	Metalni dijelovi/geleri?	O	O
	Ventrikelshunt?	O	O
III.	Imate li svježu **tetovažu/trajnu šminku** (2 sedmice)?	O	O
IV.	Jeste li imali već jedan **MRT pregled?** Mjesto..... datum (otprilike)..... dio tijela.....	O	O
V.	Jeste li imali opraciju na **glavi, srcu, uhu, oku, venama?** O O O O O	O	O
VI.	Da li je jednom **operiran** dio tijela koji je **danas pregledavan**? Mjesto..... datum (otprilike).....	O	O
VII.	Ako je potrebno, lekar će propisati **intravenozno kontrastno sredstvo**. Da li se slažete sa ovim?	O	O
VIII.	Jeli kod prijašnjih pregleda nakon davanja **MR kontrastnog sredstva** došlo do **nepodnašenja**?	O	O
IX.	Bolujete li od **poremećaja funkcije bubrega,** ili ste na **dializi**?	O	O
X.	Imate li transplantiranu **jetru/džigericu**?	O	O
XI.	Je li kod Vas poznata **infektivna bolest** (hepatitis, HIV itd.)?	O	O
XII.	Imate li ili jeste li imali **tumor ili oboljenje raka**?	O	O
XIII.	Samo za žene: Postoji li mogućnost **trudnoće**?	O	O

Potvrđujem da sam informacioni list točno pročitao/la, gornja pitanja razumio/la i da sam ih savjesno ispinio/la i sporazuman/na sam sa izvođenjem pregleda.

Datum: ..... **Potpis: .....**

<u>Mi ispunjavamo</u>

Trauma
Bewegungsschmerzen
Ruheschmerzen
Behandlung bisher

Schmerzen seit wann
Röntgen
Schmerzen wo