

## UPITNI LIST (MAGNETNA REZONANCA)

### ANAMNEZA

*upisuje asistentkinja*

Da li ste imali operaciju na dijelu tijela koji će biti pregledan? Kada?

---

Povrede/ozljede? Trauma? Kada?

---

Bolovi? Gdje? Od kada?

- desno       lijevo       središnje(medialno)       sa strane (lateralno)  
 s leđne strane (dorsalno)       sa prednje strane (frontalno)       bez bolova

### Zamolili bismo Vas da odgovorite na ova pitanja kako bi izbjegli moguće komplikacije:

- Da li imate srčani pejsmejker?  da       ne
- Da li ste operisani na srcu, glavi ili na zglobovima?  da       ne  
 Da li nosite implantate? Npr. defibrilator, srčani zalistak, slušni aparat, aneurizmaclip, pumpu za inzulin, intratekalnu analgetsku pumpu, zglobnu protezu?  
 da       ne  
 Koju: \_\_\_\_\_
- Da li se nalaze metalni komadići ili metalni klinovi u Vašem tijelu?  da       ne  
 Ako da, koje: \_\_\_\_\_
- Da li ste ikada imali magnetnu rezonancu? Ako da: Da li su nastali nekakvi problemi?  da       ne  
 Kakvi: \_\_\_\_\_
- Da li imate strah od tjesnog prostora? (Klaustrofobija)?  da       ne
- Da li bolujete od neke bubrežne bolesti i da li ste već operisani na bubrežima?  da       ne
- Da li bolujete od neke primarne bolesti ili od tumora?  da       ne  
 Ako da, koje: \_\_\_\_\_
- Imate li astmu ili alergije, ili nepodnošljivost na neke lijekove?  da       ne  
 Ako da, koje: \_\_\_\_\_  
 Alergična reakcija na kontrastna sredstva je veoma rijetka. Alergija na jod nije relevantna kod ovog pregleda.
- Imate li tetovaže, permanentni make-up ili piercing?  da       ne
- Težina \_\_\_\_\_ kg      visina \_\_\_\_\_ cm
- Postoji li mogućnost trudnoće?  da       ne

## UPITNI LIST (MAGNETNA REZONANCA)

**Potvrđujem** da sam pročitao/ala i razumio/jela tekst.  
Odobravam predloženi pregled sa eventualnim kontrastnim sredstvima.

**Molimo Vas** da odmah kod prijave navedete ako nosite pejsmejker,  
slušni aparat ili metalnu protezu na zubima!

datum

potpis

---

### ODOBRENJE O PRIJENOSU OSOBNIH PODATAKA

Rezultate današnjeg pregleda će te dobiti bez obzira da li prijenos odobrite ili ne!

Dozvoljavam da bolnice i starački domovi, koji pripadaju „Wiener Krankenhausanstaltverbund“, memorišu slike i (lječničke) nalaze današnjeg/ih pregleda. Kako bi u slučaju da je potrebno liječenje/tretman brže došli do mojih podataka.

da

ne

Odobravam da liječniku mog povjerenja odnosno ambulanti izručite nalaze današnjeg pregleda (putem faksa).

da

ne

datum

potpis

---

**FACHÄRZTE FÜR RADIOLOGIE  
DR. F. STUSCHKA & DR. C. ZOLLES**

Digitales Röntgen  
Digitale Mammografie  
Ultraschall  
Farbdoppler  
Knochendichtemessung DEXA

**INSTITUT FÜR SCHNITTBILD-DIAGNOSTIK  
ÄRZTLICHER LEITER: DR. GERHARD ZIER**

Computertomografie  
Magnetresonanztomografie

Klimschgasse 16, 1030 Wien

Tel: 01 713 80 18

Fax: 01 713 80 18 10

Mail: sekretariat@diagnosehaus.at

Web: www.diagnosehaus.at

Montag - Freitag 8.00 - 18.00 Uhr

ALLE KASSEN