



Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Pojišťovna: \_\_\_\_\_

Hmotnost: \_\_\_\_\_ kg

U následujících otázek prosím **ZAŠKRTNĚTE** správnou odpověď !

Máte ve svém těle kardiostimulátor ? Ano  Ne

biostimulátor ? Ano  Ne

sluchový implantát ? Ano  Ne

zubní rovnátka ? Ano  Ne

kovový materiál po operaci zlomeniny ? Ano  Ne

kovou kloubní náhradu ? Ano  Ne

kovovou srdceční chlopeč ? Ano  Ne

jiný kovový implantát nebo kovová cizí tělesa ? Ano  Ne

nitroděložní tělísko ? Ano  Ne

kovové svorky po operacích ?  
( mozek, srdce, klouby, kýla, žlučník, cévy - stent )

Ano  Ne

elektronický implantát ?  
( inzulínová pumpa apod. )

Ano  Ne

Pracoval/a jste někdy profesionálně s kovem ? Ano  Ne

Prodělal/a jste někdy chirurgickou/neurochirurgickou operaci ? Ano  Ne

Uvěďte jakou: \_\_\_\_\_

Pro ženy v produktivním věku Jste nyní těhotná? Ano  Ne

**Otázkám jsem porozuměl/a a odpovědi jsou pravdivé**

V Liberci dne: \_\_\_\_\_ Podpis pacienta: \_\_\_\_\_  
(Odpovědného zástupce)