

Nr badania

Data badania

Pieczęć zakładu realizującego

Płatnik świadczenia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

PESEL:

Adres e-mail:

DRUKOWANYMI LITERAMI

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

Miasto:

Waga pacjenta:

! Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z rodzicem lub prawnym opiekunem

Wzrost pacjenta:

Poziom kreatyniny:

1. Rodzaj badania Rezonansem Magnetycznym

2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co badanie ma wyjaśnić?)

Lekarz kierujący:

Zlecenie lekarskie

! WYPEŁNIA PRACOWNIK

Lp.	Zlecenia	Dawka	Podpis lekarza zlecającego	Podpis osoby wykonującej
1	Gadovist			
2	Prohance			
3	Multihance			
4	Magnevist			
5	Clariscan			
6	Buscolysin			

Osoba obsługująca pacjenta

Technik wykonujący badanie

CD WYDANO

WYNIK WYDANO

NIKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ GO NARAŻIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu elektromagnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkanaście minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.) oraz o nie zakładanie biżuterii.

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

TAK NIE

	TAK	NIE
1. Czy posiada Pan/Pani wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (wewnętrzny aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki)? Odpowiedź tak oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy posiada Pan/Pani wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, stenty, bajpasy, aparaty na zębach, filtry naczyniowe, neurostimulatory, biostimulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy miał Pan/Pani protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące kości, ołamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oczach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje? Jeżeli tak proszę wymienić: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy choruje Pan/Pani na: choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Proszę wymienić: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy kiedykolwiek miała Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dotyczy kobiet: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dotyczy pacjentów wykonujących badanie w ramach NFZ: Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email, bez szyfrowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upoważniam/ nie upoważniam Panią/ Pana _____ legitymującą/ legitymującego się (nr dowodu, PESEL) _____ do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, składania wniosku o wydanie dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.		

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności stosowaną przez POLMED Diagnostyka z siedzibą w Gdańsku. Rozumiem wskazane tam zasady, w szczególności zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania moich danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów. Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przeze mnie w stosowanych przez POLMED Diagnostyka sp. z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przeze mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania.

Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/q wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Podpis i pieczęć lekarza kierującego**Data i podpis pacjenta**