


ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

SZANOWNI PAŃSTWO,
PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY I O
ZAZNACZENIE KÓŁKIEM WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI.

PRZYKŁAD:	<input checked="" type="radio"/> TAK	<input type="radio"/> NIE
-----------	--------------------------------------	---------------------------

Zostali Państwo skierowani przez lekarza specjalistę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym. Badanie to umożliwia ocenę budowy i funkcji narządów. W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Informacje podane przez Panią/Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

 Informujemy, że wynik badania wydajemy pacjentowi lub osobie pisemnie upoważnionej, na płycie CD wraz z opisem badania w formie pisemnej.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

DATA URODZENIA:

--	--

WZROST:

WAGA:

PESEL:

(cm)	(kg)	
------	------	--

CZY POSIADA PAN/PANI SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO?

TAK, NA BADANIE NFZ	TAK, NA BADANIE PŁATNE	NIE MAM SKIEROWANIA
---------------------	------------------------	---------------------

UWAGA - na skierowaniu mogą znajdować się bardzo istotne wskazania lekarza dotyczące sposobu wykonania badania

CZY KIEDYKOLWIEK ZOSTAŁY WYKONANE U PANA/PANI JAKIEŚ ZABIEGI OPERACYJNE?

TAK	NIE
<i>(jeśli TAK, podać daty i rodzaje operacji)</i>	
_____	___/___/___
_____	___/___/___

CZY KIEDYKOLWIEK PAN/PANI WYKONAŁ/A BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM?

TAK	NIE
-----	-----

ZGODA NA PODANIE KONTRASTU:

WYRAŻAM ZGODĘ NA ZAŁOŻENIE WKŁUCIA OBWODOWEGO I PODANIE PARAMAGNETYCZNEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO DO BADAŃ Z ZASTOSOWANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO	TAK	NIE
---	-----	-----

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI/PANA KIEDYKOLWIEK:

CIEŻKIE ZABURZENIA CZYNNOŚCI NEREK?	TAK	NIE
ZABURZENIA RYTMU SERCA ?	TAK	NIE
ZATOROWOŚĆ PŁUCNA	TAK	NIE
CZY WYSTĄPIŁA KIEDYKOLWIEK REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST STOSOWANY W BADANIACH OBRAZOWYCH?	TAK	NIE

CZY POSIADA PAN/PANI:

STENTY WIEŃCOWE (jeśli TAK proszę podać datę zabiegu oraz przedstawić dokumentację medyczną)	TAK	NIE
ROZRUSZNIK SERCA, DEFIBRYLATOR-KARDIOWERTER	TAK	NIE
SZTUCZNĄ ZASTAWKĘ SERCA, PROTEZĘ AORTALNĄ	TAK	NIE
KLIPSY PO OPERACJI TĘTNIAKA MÓZGU	TAK	NIE
ZASTAWKI KOMOROWE LUB RDZENIOWE W UKŁADZIE NERWOWYM	TAK	NIE
ELEKTRONICZNE IMPLANTY (tj. neurostymulator lub stymulator wzrostu kości)	TAK	NIE
ELEMENTY STABILIZUJĄCE KOŚCI, STAWY LUB SZTUCZNA KOŃCZYNA	TAK	NIE
METALOWE CIAŁA OBCE, OPIŁKI METALU W GAŁCE OCZNEJ (np. opiłki żelaza lub proteza oczna)	TAK	NIE
APARAT SŁUCHOWY W UCHU WEWNĘTRZNYM LUB ŚRODKOWYM	TAK	NIE
APARATY ORTODONTYCZNE, MOSTKI ZĘBOWE, PROTEZY ZĘBOWE	TAK	NIE
METALOWE GWOŹDZIE ORTOPEDYCZNE, METALOWE PROTEZY STAWÓW	TAK	NIE
METALOWE ODŁAMKI W CIELE LUB SKÓRZE	TAK	NIE
PLASTRY Z LEKAMI	TAK	NIE
TATUAŻ LUB PERMANENTNY MAKIJAŻ	TAK	NIE
POMPA INSULINOWA	TAK	NIE

PYTANIA DODATKOWE DLA KOBIET:

CZY JEST PANI W CIĄŻY, PODEJRZEWA CIĄŻĘ LUB AKTUALNIE KARMI PIERSIĄ? (jeśli tak, należy zgłosić to personelowi)	TAK	NIE
--	-----	-----

PODPISUJĄC ANKIETĘ POTWIERDZAM ZROZUMIENIE JEJ TREŚCI ORAZ AUTENTYCZNOŚĆ PODANYCH W NIEJ DANYCH ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADANIA.

ZGADZAM SIĘ RÓWNIEŻ NA PRZETWARZANIE I ARCHIWIZACJĘ MOICH DANYCH OSOBOWYCH ORAZ POTWIERDZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH MR DIAGNOSTIC DOTYCZĄCEJ PRZEPISÓW RODO.

MIEJSCOWOŚĆ:**DNIA:****CZYTELNY PODPIS PACJENTA:**

	____/____/____	
--	----------------	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)

WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA PRZEZ PIELĘGNIARKĘ <i>Data i podpis</i>	WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA PRZEZ TECHNIKA <i>Data i podpis</i>	POTWIERDZENIE ODBIORU BADANIA PRZEZ PACJENTA <i>Data i podpis</i>
---	---	---



PRZEZ WZGLĄD NA RZETELNOŚĆ OCENY I OPISU WYNIKÓW BADANIA, CZAS PRZYGOTOWANIA OPISU PRZEZ LEKARZA RADIOLOGA MOŻE ULEC WYDŁUŻENIU. REKLAMACJE Z TEGO TYTUŁU NIE BĘDĄ UZNAWANE.