

## UWAGI DOTYCZĄCE BADANIA MR:

1. W czasie badania MR pacjent przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym, przez co nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola, jak: klipsy naczyniowe, rozrusznik, aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne i telefony komórkowe itp.
2. Badanie wymaga przebywania w **bezruchu** i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut.
3. Pacjent zobowiązany jest do zdjęcia biżuterii przed badaniem.
3. Pacjent może poprosić technika o wkładki wyciszające do uszu.
4. Na badanie głowy i twarzoczaszki prosimy zgłaszać się bez makijażu oraz lakieru na włosach.

### ANKIETA do wypełnienia przez pacjenta (nazwisko i imię).....

Czy pacjent(ka) ma implanty elektroniczne takie jak: rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, implant ślimaka, pompę insulinową? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma metaliczne implanty takie jak: klips na tętniaku, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, sztuczne zastawki? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma: metalowe zespolenia, protezy lub aparaty stabilizujące kości? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma w ciele drobne odłamki lub opiłki metaliczne, w szczególności w gałce ocznej lub oczodole?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) jest uczulony(a) na środki kontrastowe? Czy jest uczulony na inne leki? Czy pacjent jest alergikiem lub choruje na astmę <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy choruje na inne choroby nerek? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) posiada tatuaże na ciele? <i>(jeśli tak, oznacza to, że pacjent został poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Dotyczy kobiet - Czy pacjentka jest w ciąży?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wynik poziomu kreatyniny w surowicy.	Kreatynina..... Data badania.....	
<b>ZAKRES BADANIA</b> (w przypadku braku skierowania zewnętrznego)		
Potwierdzam pozostawienie w pracowni <b>POPZEDNICH BADAŃ</b> ( proszę podać ilość i rodzaj pozostawionych dokumentów):		
Ja, obok podpisany(a) oświadczam, że przeczytałem(am), zrozumiałem(am) i biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie powyższe informacje.	..... (podpis pacjenta lub osoby sprawującej opiekę prawną )	

POTWIERDZAM ODBIÓR BADANIA (data i podpis pacjenta) .....

## OŚWIADCZENIE PACJENTA lub OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ PRAWNĄ

Opracowane na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. nr 252 poz. 1697, tekst jednolity)

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....

wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i dożylnie podanie środka cieniującego u mnie lub osoby pozostającej pod moją opieką prawną,, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych i oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że: administratorem danych osobowych jest CDO NZOZ SKANMEX DIAGNOSTYKA; dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych; posiadam prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania; podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem medycznym jest obowiązkowe.

**upoważniam** osobę (imię i nazwisko) .....

adres zamieszkania / telefon .....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej

**nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis)

Czytelny podpis Pracownika rejestracji

.....