

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 rezonansu magnetycznego, w zależności od diagnozowanej okolicy anatomicznej, trwa od kilkunastu do kilkadziesiąt minut. **Wymaga leżenia w bezruchu w ograniczonej przestrzeni.**
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.....	
Potwierdzam pozostawienie w pracowni POPZEDNICH BADAN (proszę podać ilość i rodzaj pozostawionych dokumentów)		
Proszę wypisać przebyte zabiegi operacyjne; aktualne lub przebyte choroby onkologiczne:		
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 dożylne 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.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych podania kontrastu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych i oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

- dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej; w celu realizacji umowy na świadczenie usług medycznych; w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych;

- posiadam prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;

Informujemy, że podanie danych osobowych w zakresie wymagany ustawodawstwem medycznym jest obligatoryjne.

Informujemy, że zgodnie z Rozporządzeniem o Ochronie Danych osobowych (inaczej RODO) z dnia 26 kwietnia 2016 roku Administratorem Państwa danych osobowych, jest Unimex Sp. z o.o. (podmiot który utworzył – CENTRUM DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SKANMEX DIAGNOSTYKA we Wrocławiu, zarejestrowane w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000022644) oraz Unimex Skanmex Marek Skorulski (NIP 8991014667, Numer REGON 930487114). Dane Osobowe będą wykorzystywane dla celów kontaktu i świadczenia usług diagnostyki medycznej oraz w celu realizacji umowy na świadczenie usług medycznych, w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na naszej stronie internetowej [www.skanmex.pl](https://skanmex.pl/w-zakladce-„O-Firmie”-OCHRONA-DANYCH-OSOBYWY) w zakładce „O Firmie” OCHRONA DANYCH OSOBYWY (<https://skanmex.pl/o-firmie/#rodo>);

.....
(data i podpis)

upoważniam osobę (imię i nazwisko)/ podmiot (pełna nazwa)

.....
adres / telefon

.....
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (odbiór wyniku).

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