

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 kilkudziesięciu minut. Wymaga leżenia w bezruchu w ograniczonej przestrzeni. Po wykonaniu 2 sekwencji (czas w maszynie ok 10 min.) pomimo niedokończenia procedury (z winy Pacjenta), PACJENT PONOSI PEŁNE KOSZTY BADANIA.
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 ☐	NIE ☐
Czy pacjent(ka) ma metaliczne implanty takie jak: klips na tętniaku, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulator, sztuczne zastawki? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK ☐	NIE ☐
Czy pacjent(ka) ma: metalowe zespolenia, protezy lub aparaty stabilizujące kości? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK ☐	NIE ☐
Czy pacjent(ka) ma w ciele drobne odłamki lub opiłki metaliczne, w szczególności w gałce ocznej lub oczodole?	TAK ☐	NIE ☐
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 ☐	NIE ☐
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy choruje na inne choroby nerek? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK ☐	NIE ☐
Czy pacjent(ka) posiada tatuaże na ciele? <i>(jeśli tak, oznacza to, że pacjent został poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych)</i>	TAK ☐	NIE ☐
Dotyczy kobiet - Czy pacjentka jest w ciąży?	TAK ☐	NIE ☐
Wynik poziomu kreatyniny w surowicy.	Kreatynina..... Data badania.....	
Potwierdzam pozostawienie w pracowni POPZEDNICH BADAN WAGA PACJENTA (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 w sprawie Rodzajów, Zakresu i Wzorów Dokumentacji Medycznej oraz Sposobu Jej Przetwarzania z dnia 9.11.2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069)

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.

.....
(data i podpis pacjenta)

☐ **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 (odbior wyniku).

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

.....
(data i podpis pacjenta)

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako RODO) wyjaśniamy, że **Administratorami** Państwa danych osobowych są **Unimex Sp. z o.o.** Numer KRS: 0000154278, REGON: 932887349, NIP: 8982014159 (podmiot który utworzył – CENTRUM DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ NZOZ SKANMEX DIAGNOSTYKA we Wrocławiu, zarejestrowany w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000022644) oraz **Marek Skorulski** (NIP 8991014667, REGON 930487114). Administratorzy to podmioty powiązane ze sobą kapitałowo i organizacyjnie i korzystające ze wspólnej infrastruktury teleinformatycznej, systemów informatycznych i aplikacji służących przetwarzaniu danych osobowych.

Szczegółowe **informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych** podawane są Państwu podczas rejestracji, znajdują się na stałe na naszej stronie internetowej www.skanmex.pl w zakładce „O Firmie” **OCHRONA DANYCH OSOBOWY** (<https://skanmex.pl/o-firmie/#rodo>), jak również te informacje wywieszone są w poczekalni naszej placówki.

Więcej informacji w zakresie przetwarzania danych uzyskasz kontaktując się nami. Dane kontaktowe do Administratorów: Numer telefonu: 71 788 96 31, Adres e-mail: rejestracja@skanmex.pl, Adres do korespondencji: ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław. Dane kontaktowe do naszego Inspektora Ochrony Danych: Numer telefonu: 71 788 96 31, Adres e-mail: ado@skanmex.pl, Adres do korespondencji: ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław

.....
czytelny podpis pracownika rejestracji

.....
(data i podpis pacjenta)