

**ANKIETA (do wypełnienia przez pacjenta)**

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.
4. Pacjent może poprosić technika o wkładki wyciszające do uszu.
5. Na badanie głowy i twarzoczaszki prosimy zgłaszać się bez makijażu oraz lakieru na włosach.

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....**

Czy pacjent(ka) ma implanty elektroniczne takie jak: rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, implant ślimaka, pompę insulinową? <i>(właściwe podkreślić)</i>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma metaliczne implanty takie jak: klips na tętniaku, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulator, sztuczne zastawki? <i>(właściwe podkreślić)</i>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma: metalowe zespolenia, protezy lub aparaty stabilizujące kości? <i>(właściwe podkreślić)</i>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma w ciele drobne odłamki lub opiłki metaliczne, w szczególności w gałce ocznej lub oczodole?	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <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>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy choruje na inne choroby nerek? <i>(właściwe podkreślić)</i>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) posiada <b>tatuże i/lub makijaż permanentny</b> na ciele? <i>(jeśli tak, oznacza to, że pacjent został poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych)</i>	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Dotyczy kobiet - Czy pacjentka jest w ciąży?	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/>	<b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Wynik poziomu kreatyniny w surowicy.	Kreatynina..... Data badania.....	

Potwierdzam pozostawienie w pracowni **POPZEDNICH BADAŃ** **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 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.

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

.....  
(data i podpis pacjenta)

**Wyrażam zgodę** na wysłanie sms-a na podany przeze mnie nr telefonu z informacją o gotowym do odebrania wyniku badania MR numer tel:.....

**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 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.ó.** 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](http://www.skanmex.pl) w zakładce „O Firmie” OCHRONA DANYCH OSOBOWY (<https://skanmex.pl/o-firmie/#rodo>), jak również te informacje wywieszono 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](mailto: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](mailto:ado@skanmex.pl), Adres do korespondencji: ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław

.....  
(data i podpis pacjenta)

.....  
(czytelny podpis pracownika rejestracji)