**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? *(właściwe podkreślić)* | **TAK****□** | **NIE****□** |
| Czy pacjent(ka) ma metaliczne implanty takie jak: klips na tętniaku, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulator, sztuczne zastawki? *(właściwe podkreślić)* | **TAK****□** | **NIE****□** |
| Czy pacjent(ka) ma: metalowe zespolenia, protezy lub aparaty stabilizujące kości? *(właściwe podkreślić)* | **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 *(właściwe podkreślić)* | **TAK****□** | **NIE****□** |
| Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy choruje na inne choroby nerek?*(właściwe podkreślić)* | **TAK****□** | **NIE****□** |
| Czy pacjent(ka) posiada **tatuaże i/lub makijaż permanentny** na ciele? (*jeśli tak, oznacza to, że pacjent został poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych*) | **TAK** **□** | **NIE** **□** |
| Dotyczy kobiet - Czy pacjentka jest w ciąży? | **TAK****□** | **NIE****□** |
| Wynik poziomu kreatyniny w surowicy. | Kreatynina……………………...Data badania................................ |
| Potwierdzam pozostawienie w pracowni **POPRZEDNICH BADAŃ MASA CIAŁA 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)** …………………………………......................................................

**STRONA 1 z 2**

**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
* **wyrażam zgodę** na 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***)

* ***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.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).*

*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*](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*

…………………………………..

 *(****data i podpis pacjenta*** *)*

…………………………….

(*czytelny podpis pracownika rejestracji)*