



**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ
REZONANSU MEGNETYCZNEGO bez kontrastu**

data badania: _____

IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
WAGA PACJENTA	
WZROST PACJENTA	
RODZAJ BADANIA MR	

**NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ GO
NARAZIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.**

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu elektromagnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych np.: klucze, monety, zapalniczki itd. oraz przedmiotów elektronicznych takich, które są wrażliwe na działanie tego pola tj.: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski, zamki, metalowe guziki itp.) oraz o nie zakładanie biżuterii.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne. W odpowiednim polu proszę wpisać **X**

	TAK	NIE
Czy posiada Pan/Pani wszczepy elektroniczne bądź magnetyczne tj.: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, implant słuchowy, wszczep ślimaka, pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki)? Odpowiedź TAK oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI.		
Czy posiada Pan/Pani wszczepy tj.: stenty, klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? Jeśli TAK, proszę podkreślić właściwe. Proszę o przygotowanie paszportu ww. elementów.		
Czy posiada Pan/Pani: protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub metalowe opiłki w ciele (zwłaszcza w oku) Jeśli TAK, jakie? _____		
Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje/zabiegi jeżeli tak proszę wymienić jakie. _____		
Czy cierpi Pan/-i na klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w małych zamkniętych pomieszczeniach)		
Czy Posiada Pan/-i protezę zębową, aparat stomatologiczny, retainer? Jeśli TAK, proszę podkreślić.		

	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, niewydolność nerek? Jeśli TAK proszę podkreślić właściwe.		
Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne na podanie środków farmaceutycznych? Jeśli TAK, proszę wymienić na jakie? _____		
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?		
Dotyczy pacjentów poniżej 18 roku życia: Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego: Jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania przy zastosowaniu rezonansu magnetycznego u osoby niepełnoletniej. Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego: _____ data: _____		
Oświadczam, że zapoznałem/am się z polityką prywatności stosowaną przez: Guardian Clinic sp. z o. o. ul. Świętojańska 20H, 62-500 Konin. Rozumiem wskazane tam zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa. Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przeze mnie w stosowanych przez Guardian Clinic sp. z o. o. ul. Świętojańska 20H, 62-500 Konin - ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przeze mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli i monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.		

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań, oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znanе mi są wszelkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że podane przez mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/ą wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

W przypadku rezygnacji pacjenta z badania z przyczyn niezależnych od pracowni rezonansu magnetycznego np.: klaustrofobia, lęk, przerwanie badania w czasie jego trwania pacjent ponosi 50% kosztów badania.

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego

Podpis i pieczęć lekarza/pracownika medycznego przyjmującego ankietę