

Ankieta pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL:

Data urodzenia:

Adres:

Telefon:

e – mail:

Rodzaj badania:

Wypełnia pracownik medyczny Ultra MR:

Powód badania (co badanie ma wyjaśnić?):

.....

	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca lub kardiowerter - defibrylator?		
Czy ma Pan/Pani wszczepiony stent, filtr naczyniowy, zastawkę serca?		
Czy ma Pan/Pani protezy kończyn, implanty ortopedyczne?		
Czy ma Pan/Pani implant słuchowy?		
Czy ma Pan/Pani wszczepiony neurostymulator?		
Czy ma Pan/Pani wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?		
Czy ma Pan/Pani metalowe opiłki w oku?		
Czy ma Pan/Pani elementy stomatologiczne w jamie ustnej (protezy, mostki, korony, implanty, aparaty ortodontyczne itp.)?		
Czy ma Pan/Pani <u>stwierdzoną</u> alergię na jakikolwiek środek kontrastowy?		
Czy choruje Pan/Pani na ciężkie zaburzenia czynności nerek lub padaczkę?		
Czy pozostawił/a Pan/Pani dokumentację medyczną do wglądu?		
Czy w przeszłości było wykonane badanie MR w pracowni Resonica?		
Dotyczy kobiet: Czy jest Pani w ciąży?		
Dotyczy kobiet: Czy ma Pani spiralę wewnątrzmaciczną?		

Ankieta została przeprowadzona przez:
 \Data i podpis Technika \

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą ankietą oraz podałem/am informacje zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie wątpliwości wyjaśniono mi w pracowni MR. Zgadzam się na wykonanie badania i podanie środka kontrastowego, jeżeli okaże się to konieczne. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ultra MR Sp. j. w celach diagnostycznych.

.....
 \Data, podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna prawnego\

Wyrażam zgodę na przesłanie kopii opisu badania drogą elektroniczną na wskazany powyżej adres email.

.....
 \Data, podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna prawnego\