

data: _____ r.

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?):

.....

.....

.....

.....

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź:

TAK NIE

Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca lub kardiowerter - defibrylator?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani wszczepiony stent lub filtr naczyniowy?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani protezy kończyn, implanty ortopedyczne?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani implant słuchowy?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani mechaniczną zastawkę serca?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani metalowe opłuki w oku?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani mostki zębowe?	☐	☐
Czy ma Pan/Pani alergię na jakikolwiek środek kontrastowy wykorzystywany w badaniu rezonansu magnetycznego?	☐	☐
Czy choruje Pan/Pani na ciężkie zaburzenia czynności nerek lub padaczkę?	☐	☐
Czy jest Pani w ciąży?	☐	☐
Czy ma Pani spiralę wewnątrzmaciczną?	☐	☐

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.

.....
 \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\