

Nr badania

Data badania

Pieczęć zakładu realizującego

Płatnik świadczenia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| dzień                |                      | miesiąc              |                      | rok                  |                      |                      |                      |

PESEL:

Adres e-mail:

DRUKOWANYMI LITERAMI

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

|                      |                      |   |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|

Miasto:

Waga pacjenta:

**!** Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z rodzicem lub prawnym opiekunem

Wzrost pacjenta:

Poziom kreatyniny:

1. Rodzaj badania Rezonansem Magnetycznym

2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co badanie ma wyjaśnić?)

|  |                   |                      |
|--|-------------------|----------------------|
|  | Lekarz kierujący: | <input type="text"/> |
|--|-------------------|----------------------|

| Zlecenie lekarskie <b>!</b> WYPEŁNIA PRACOWNIK |                      |                            |                            |                          |
|------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Lp.                                            | Zlecenia             | Dawka                      | Podpis lekarza zlecającego | Podpis osoby wykonującej |
| 1                                              | Gadovist             |                            |                            |                          |
| 2                                              | Prohance             |                            |                            |                          |
| 3                                              | Multihance           |                            |                            |                          |
| 4                                              | Magnevist            |                            |                            |                          |
| 5                                              | Clariscan            |                            |                            |                          |
| 6                                              | Buscolysin           |                            |                            |                          |
| 7                                              | Dotagraf             |                            |                            |                          |
| Osoba obsługująca pacjenta                     |                      | Technik wykonujący badanie |                            |                          |
| <input type="text"/>                           |                      | <input type="text"/>       |                            |                          |
| CD WYDANO                                      | <input type="text"/> | WYNIK WYDANO               | <input type="text"/>       |                          |

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

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

**PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.**

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

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TAK                      | NIE                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy posiada Pan/Pani wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (wewnętrzny aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy posiada Pan/Pani wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, stenty, bajpasy, aparaty na zębach, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy posiada Pan/Pani protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące kości, odłamki lub opłki w ciele (zwłaszcza w oczach) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeżeli tak proszę wymienić: (jakie i kiedy?)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Czy choruje Pan/Pani na: choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, jaskrę ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Proszę wymienić:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Czy kiedykolwiek miała Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. <b>Dotyczy kobiet:</b> Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. <b>Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ:</b><br>Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu lub na oddziale dziennym rehabilitacyjnym, psychiatrycznym?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLMED Diagnostyka Sp. z o. o. oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom POLMED Healthcare Group, w celach marketingowych i statystycznych oraz na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną. Informujemy, że udostępnienie danych osobowych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również prawo do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych Aktualny skład Grupy POLMED znajduje się tu: <a href="https://polmed.pl/o-nas/">https://polmed.pl/o-nas/</a> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Upoważniam/ nie upoważniam Panią/ Pana _____<br>legitymującą/ legitymującego się (nr dowodu, PESEL) _____<br>do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, składania wniosku o wydanie dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności stosowaną przez POLMED Diagnostyka z siedzibą w Gdańsku. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przeze mnie w stosowanych przez POLMED Diagnostyka sp. z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przeze mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znamę wszystkie 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 przeze 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/q wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

| Podpis i pieczęć lekarza kierującego | Imię i nazwisko pacjenta | Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| <div></div>                          | <div></div>              | <div></div>                                         |