

Nr badania

Data badania

Pieczęć zakładu realizującego

Płatnik świadczenia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

dzień		miesiąc		rok	

PESEL:

Adres e-mail:

DRUKOWANYMI LITERAMI

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

		-			
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Miasto:

Waga pacjenta:

Wzrost pacjenta:

Poziom kreatyniny:

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

1. Rodzaj badania Rezonansem Magnetycznym

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

	Lekarz kierujący:	
--	-------------------	----------------------

Zlecenie lekarskie ! 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		
CD WYDANO		WYNIK WYDANO		

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)?	☐	☐
2. Czy posiada Pan/Pani wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, stenty, bajpasy, aparaty na zębach, filtry naczyniowe, neurostimulatory, biostimulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	☐	☐
3. Czy posiada Pan/Pani protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące kości, ołamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oczach) ?	☐	☐
4. Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeżeli tak proszę wymienić: (jakie i kiedy?)	☐	☐
5. Czy choruje Pan/Pani na: choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, jaskrę ?	☐	☐
6. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Proszę wymienić:	☐	☐
7. Czy kiedykolwiek miała Pan/Pani wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?	☐	☐
8. Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?	☐	☐
9. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę	☐	☐
10. Dotyczy kobiet: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	☐	☐
11. Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ: Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu lub na oddziale dziennym rehabilitacyjnym, psychiatrycznym?	☐	☐
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email	☐	☐
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: https://polmed.pl/o-nas/	☐	☐
Wyrażam też zgodę, aby moja dokumentacja medyczna (w tym wyniki badania, na które wyrażam zgodę) była dostępna dla wszystkich podmiotów leczniczych z Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to pomocne do zaoferowania mi pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych Grupy POLMED, w tym celu podmioty z Grupy POLMED mogą kontaktować się ze mną drogą elektroniczną (email) lub telefonicznie ().	☐	☐
Upoważniam/ nie upoważniam Panią/ Pana _____ legitymującą/ legitymującego się (nr dowodu, PESEL) _____ 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. Znanne są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania.

Dysponując niezbędną ilością czasu zapoznałem/am się z przekazanymi mi informacjami oraz treścią dokumentu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/y wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podanie przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Uzyskałem/am odpowiedzi na wszystkie zadane pytania dotyczące przedmiotowego świadczenia medycznego. Wyrażam zrozumiałą i świadomą zgodę na przeprowadzenie badania.

Rozumiem, że w związku ze współpracą podmiotów w ramach Grupy POLMED, moja dokumentacja medyczna będzie udostępniana podmiotom w ramach Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to niezbędne w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

Podpis i pieczęć lekarza kierującego 	Imię i nazwisko pacjenta 	Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta
--	--	---