

ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] BEZ KONTRASTU

WYPEŁNIA PACJENT

O tym, jak należy przygotować się do badania, można przeczytać na www.wizjamed.pl

Imię i nazwisko	<input type="text"/>											
Adres	<input type="text"/>											
Telefon	<input type="text"/>	Waga	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Badany narząd / okolice ciała _____
2. Czy wykonano Pani/Panu badania rezonansem magnetycznym? Jeśli tak to kiedy i jakiej części ciała? Proszę podać nazwę pracowni, w której było wykonane poprzednie badanie.

3. Proszę podać dolegliwości. Jeśli wystąpił uraz, proszę napisać kiedy i jaki? _____
4. Czy była Pani/był Pan kiedykolwiek operowana/y? Jeśli tak, to kiedy i jaki rodzaj operacji? _____

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

	TAK	/	NIE		TAK	/	NIE
Posiadam rozrusznik serca.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam defibrylator – kardiowerter.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam elementy stabilizujące kości, stawy.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam sztuczną zastawkę serca.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej (np. żelaza) protezę oczną.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam ciało metaliczne (np. pooperacyjne klipsy metalowe).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam implant słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam metalowe stenty, filtry.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam szyny, szwy metalowe lub inne metaliczne ciała obce.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam elektroniczne implanty, neurostymulatory.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam tatuaż lub makijaż permanentny.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam protezę zębową, koronkę, mostek, aparat ortodontyczny.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam inne urządzenia lub przedmioty wewnątrz ciała.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Posiadam metalowe gwoździe ortopedyczne, śruby, metalowe protezy stawów.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Wymień jakie: <input type="text"/>			
Posiadam pompę insulinową.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Posiadam wenflon lub inny dostęp naczyniowy.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				

Pytania dotyczące kobiet	TAK	/	NIE	TAK	/	NIE
Jestem w ciąży.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Posiadam wewnętrzny środek antykoncepcyjny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] BEZ KONTRASTU

WYPEŁNIA PACJENT

Do badania Pacjent dostarczył:

CD klisze dokumentacja papierowa

Informujemy, że wyniki badania wydajemy pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta (wymagane upoważnienie pisemne złożone osobiście w rejestracji). Niedostarczenie przez pacjenta w dniu badania wyników poprzednich badań, uniemożliwia lekarzowi opisującemu porównanie obrazów aktualnych z wcześniejszymi.

Oświadczam, że ww. treść jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Czytelny podpis pacjenta

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wykonanie u mnie mojego dziecka mojego podopiecznego badania rezonansem magnetycznym. Zostałam/tem poinformowana/ny o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałam/tem możliwość zadawania pytań i otrzymałam/tem zrozumiałą odpowiedź. Wyrażam zgodę na ponowne stawienie się na badanie, jeśli lekarz podczas opisu stwierdzi, że jest to konieczne.

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PACJENT WYKONUJĄCY BADANIE MR W RAMACH NFZ.

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że w dniu wykonania badania MR nie podlegam opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania MR nie wykonałam/tem badań diagnostycznych MR w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych. Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonywanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem (dotyczy badań NFZ).

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA wizjaMED

Zapoznałam/tem się z treścią niniejszej ankiety i skierowania.

Data badania

Podpis pielęgniarki

Podpis technika

Podpis lekarza