



15-540 Białystok, ul. Żurawia 71A
KRS 0000 529 548 NIP 542 324 06 88
e-mail: rejestracja@bioskaner.eu

Pacjent w czasie badania MR przebywa w stałym, bardzo silnym polu magnetycznym, dlatego **NIE MOŻE POSIADAĆ ŻADNYCH PRZEDMIOTÓW METALOWYCH ORAZ INNYCH PRZEDMIOTÓW WRAŻLIWYCH NA DZIAŁANIE TEGO POLA** jak zegarki, aparaty słuchowe, urządzenia elektroniczne (np. pompa insulinowa), karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe, klucze, spinki do włosów.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW!!!

NAZWISKO I IMIĘ:	PESEL:		WAGA kg:	TAK	NIE
	TELEFON:		WZROST cm:		
Proszę o wykonanie badania:	MR	PET/MR			
Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek wykonane badanie MR (rezonans magnetyczny)?					
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? (lęk przed małymi pomieszczeniami)					
Czy występują reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe, inne)?					
Czy Pan/Pani choruje na niewydolność nerek?					
Czy choruje Pan/Pani na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? (Jeśli tak, proszę zaznaczyć którą)					
Czy jest Pani w ciąży?					
Czy Pan/Pani posiada:				TAK	NIE
Rozrusznik serca					
Sztuczną metalową zastawkę serca					
Wewnątrzczaszkowe kłipsy metalowe					
Neurostymulatory					
Metalowe fragmenty lub opłki w gałce ocznej, protezę oczną					
Aparat słuchowy wszczepiony w ucho wewnętrzne lub środkowe					
Inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe					
Metalowe kłipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty					
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym					
Metalowe szwy chirurgiczne					
Metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe, inne)					
Metalowe protezy stawów i kończyn					
Metalowe odłamki w ciele lub skórze, kule					
Metalowe mostki zębowe, protezy , retainer					
Inne wszczepione metale lub urządzenia (np. pompa insulinowa)					
Tatuaż, trwałe makijaż					
Wszczepioną metalową wkładkę domaciczną (spirala)					

Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania jest sztuczny rozrusznik serca, neurostymulatory, aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym.

Do pełnej wartości badania czasami jest wymagane podanie dożylnego środka kontrastowego. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne lub zapalne, jednak korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja oraz anonimowe wykorzystanie wyniku badania do celów naukowych. Pacjent ponosi odpowiedzialność za uszkodzenie aparatu lub jego części wynikające z niezastosowania się do poleceń osoby wykonującej badanie.

Zal.10-PS-14 z dnia 25.05.2023



Uwagi pacjenta wykonującego badanie

1. 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 (w przypadku badania tej samej okolicy w innej pracowni, prosimy o dostarczenie poprzedniego wyniku oraz płyty CD z badaniem)
2. Proszę opisać **aktualne dolegliwości okolicy badanej**. Jeśli wystąpił uraz, proszę napisać kiedy i jaki?
3. Czy była Pani/był Pan kiedykolwiek operowana/y ? Jeśli tak, to kiedy i jaki rodzaj operacji?
(dotyczy wyłącznie obszaru ciała, dla którego ma być wykonany rezonans)
4. Inne istotne informacje dotyczące badania i objawów klinicznych:

Obowiązek informacyjny:

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji, na tablicy informacyjnej pracowni oraz na stronie internetowej www.bioskaner.eu. Z Administratorem Danych Osobowych można się skontaktować poprzez adres e-mail: rodo@bioskaner.eu, numer telefonu: +48 85 686 50 96, drogą korespondencyjną: ul. Żurawia 71A, 15-540 Białystok.

Data i podpis pacjenta