

## ANKIETA DO WYPEŁNIENIA PRZED BADANIEM

**Czy pacjent jest nosicielem/ma wszczepione/miał kontakt z:**

1. rozrusznik serca	tak nie	13. odłamki metalowe , kule	tak nie
2. klipsy naczyniowe	tak nie	14. proteza zębowa	tak nie
3. pompę insulinową	tak nie	15. zastawka komorowo . żylna - otrzewnowa	tak nie
4. inne urządzenia podające leki	tak nie	16. protezy kończyn metalowe	tak nie
5. metalowe wszcepy (ortopedyczne i inne)	tak nie	17. przebyte zabiegi operacyjne	tak nie
6. neuro- lub biostymulator	tak nie	18. uszkodzenie oka przez metal	tak nie
7. spirala embolizująca	tak nie	19. możliwa ciąża	tak nie
8. sztuczna zastawka	tak nie	20. spirala wewnątrzmaciczna	tak nie
9. filtr żyły głównej	tak nie	21. niewydolność nerek	tak nie
10. wewnętrzny aparat słuchowy lub plastyka kosteczek słuchowych	tak nie	22. alergia na środki kontrastowe, leki i inne	tak nie
11. wszczep ślimaka	tak nie	23. czy cierpi na klaustrofobię	tak nie
12. proteza oczna	tak nie		

Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość powyższej ankiety.  
Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej najlepszej wiedzy. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania.  
Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

### **UWAGI DLA PACJENTA .**

#### **Wykonujemy badania tylko bez kontrastu**

1. Pacjent powinien przynieść ze sobą wyniki i zdjęcia z poprzednich badań obrazowych (RTG, USG, CT, NMR).

2. Pacjent powinien zgłosić się na badanie na czczo lub przed badaniem pozostawać około godziny bez jedzenia i picia.

#### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisany(-a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym w celach medycznych i udostępnienie tych danych podmiotom, które związane są procedurami badań prowadzonych przez Pracownię NMR w celach wynikających z prowadzenia dokumentacji medycznej przesyłu tej dokumentacji drogą elektroniczną i papierową.

.....  
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę