MOJA DIAGNOZA

Zgoda Pacjenta na badanie Rezonansem Magnetycznym

I. INFORMACJE O PACJENCIE

……
Imię i nazwisko Pacjenta

……
Numer telefonu
(podanie jest dobrowolne, jednak konieczne do odebrania wyników on-line)

……
Data urodzenia

……
PESEL

……..
Adres zamieszkania

……
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego

II. PROSIMY O DOKŁADNE WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY

Waga ciała / wzrost	……..…kg /……..cm
Dane dotyczące badanej okolicy	
Badana okolica anatomiczna ciała ? Proszę wpisać badany obszar.	
Z jakiej przyczyny wykonuje Pan/Pani badanie? Jakie są dolegliwości?	
Czy kiedykolwiek wystąpił uraz badanej okolicy? KIEDY?	
Czy przebył/a Pan/Pani operację badanej okolicy? KIEDY?	
Czy ból promieniuje? Gdzie?	
W jakich sytuacjach pojawia się ból? (zginanie, chodzenie, ucisk itp.)	
Od jak dawna występują objawy?	
Czy miał Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie obrazowe badanej okolicy? Jeśli tak to JAKIE? KIEDY? *Konieczne jest ich dostarczenie	

Informacje dotyczące ciąży i karmienia piersią - wypełnia kobieta	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy stosuje Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?		
Przeciwskazania do wykonania badania	**TAK**	**NIE**
Klaustrofobia		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Metalowe opiłki w ciele		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki/elektrody serca		
Metalowe klipsy naczyniowe, wszczepione elementy wewnątrznaczyniowe (np. Filtry naczyniowe, spirale embolizujące)		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory		
Metalowe stabilizacje ortopedyczne i protezy		
Metalowe elementy stomatologiczne (np. mostki zębowe)		
Inne wszczepione elementy metalowe (jakie?)		
Wszczepione pompy lekowe (np. Insulinowe)		
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? (Proszę wymienić) …….		
Czy przechodził Pan/Pani chorobę nowotworową? Kiedy? Jakiej części ciała?		
Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę przewlekłą? (astma, niewydolność nerek, cukrzyca, nadciśnienie, itp.) Jeśli tak - proszę wypisać jakie		

* w przypadku nie dostarczenia wcześniejszej dokumentacji medycznej z wykonywanych badań obrazowych, laboratoryjnych, wypisów ze szpitala - wynik opisu badania wydłuża się - konieczne podpisanie dodatkowego oświadczenia o braku dokumentacji.

III. INFORMACJA O BADANIU

1. Opis badania rezonansem magnetycznym
Obrazowanie za pomocą rezonansu magnetycznego nie wymaga użycia potencjalnie szkodliwego promieniowania rentgenowskiego.
W badaniu Rezonansem Magnetycznym wykorzystuje się oddziaływanie pola magnetycznego na organizm człowieka. Badanie jest bezbolesne i nieinwazyjne oraz przy braku przeciwwskazań co do zasady nie powoduje skutków ubocznych u badanego.

2. Opis możliwych powikłań po wykonaniu badania rezonansem magnetycznym
Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania MR, oraz wykluczeniu przeciwwskazań do jego wykonania badanie Rezonansem Magnetycznym jest jednym z najbezpieczniejszych badań diagnostyki obrazowej.

IV. INFORMACJA O ODBIORZE WYNIKÓW
Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie można pobrać z naszej strony internetowej www.mojadiagnoza.com.pl
Niezbędne do pobrania wyników jest podanie na ankiecie numeru telefonu. Na podany numer pacjent otrzyma hasło do logowania.

	TAK	NIE
Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym. Jestem świadomy możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym. Oświadczam, iż miałem możliwość w sposób nieskrępowany wyjaśnić wszystkie swoje wątpliwości dotyczące badania. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.		
Oświadczenie	**TAK**	**NIE**
Świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym		
Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób oraz przyjmowanych leków, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.		
Jestem świadomy/a faktu, że w przypadku braku wartości diagnostycznej badania oraz konieczności podania środka kontrastowego może być wskazane powtórzenie wykonania badania z dożylnym zastosowaniem środka kontrastowego. W przypadku konieczności powtórzenia badania z podaniem środka kontrastowego zobowiązuję się do poniesienia dodatkowych kosztów z tym związanych tj. 50% wyjściowej ceny badania oraz 250zł dopłaty za kontrast		

……
Data i podpis pracownika przyjmującego dokument

……
Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego (w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Uwagi technika wykonującego badanie:

V. Potwierdzam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w dokumencie Zgody Pacjenta na badanie oraz przekazałem Pacjentowi informacje o badaniu Rezonansem Magnetycznym, o tym czy istnieje konieczność podania środka kontrastowego, a w przypadku konieczności jego podania, o przeciwwskazaniach do jego podania jak i o możliwościach wystąpienia reakcji ubocznych.

……
Podpis lekarza nadzorującego badanie

MOJA DIAGNOZA

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU / ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/ -a:

Nazwisko i Imię: ……

Numer PESEL:

Oświadczam, że:

☐ Nie upoważniam nikogo ☐ Upoważniam:

Pana/Panią ……

Nr PESEL / data urodzenia …….

.....
Data i podpis pracownika przyjmującego dokument

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego (w przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Jeżeli pojawi się potrzeba wystawienia faktury za badanie, bardzo proszę zgłosić prośbę o wystawienie dokumentu w rejestracji przed płatnością. Faktury przesyłane są drogą mailową, stąd prośba o podanie adresu e-mail: ..... .