

## ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

DATA BADANIA	<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"/>	<input type="text"/>	WAGA	<input type="text"/>
IMIĘ I NAZWISKO	<input type="text"/>					TELEFON	<input type="text"/>					WZROST	<input type="text"/>

**Prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje w nim zawarte objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.**

<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy miał/a Pan / Pani kiedykolwiek wcześniej wykonywane badanie rezonansem magnetycznym (MR)?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy miał/a Pan / Pani kiedykolwiek wykonywane badanie MR z podaniem środka kontrastowego?	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy po poprzednich badaniach z kontrastem pojawiły się reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty, złe samopoczucie, itp)?	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy wystąpiły kiedykolwiek u Pana / Pani reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy?	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy wystąpiła kiedykolwiek u Pana / Pani nagła utrata przytomności?	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy cierpi Pan / Pani na klaustrofobię?	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy cierpi Pan / Pani na choroby nerek (np. niewydolność)	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy cierpi Pan / Pani na choroby układu nerwowego (padaczka, itp.)	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Czy jest Pani w ciąży?	



**Metal w ciele! Elementy metalowe mogą wpływać na bezpieczeństwo pacjenta i jakość obrazu!**

**Czy Pan / Pani posiada:**

<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Rozrusznik serca (kardiowerter - defibrylator)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Stymulatory (serca, neurostymulatory)	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Sztuczne zastawki serca	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Zastawki komorowe lub rdzeniowe	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Implanty słuchowe	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Metalowe mostki zębowe, implanty stomatologiczne, stałe aparaty ortodontyczne, drut retencyjny	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Jakiegolwiek metalowe elementy w <b>gałce ocznej</b> (metalowe opiłki, itp.)	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Endoprotezy stawów	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Metalowe szwy, klipsy chirurgiczne	
<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	Inne wszczepione metalowe elementy	

**UWAGA!**

1. **Bezwzględnie poinformuj pracownika Quadia jeżeli posiadasz jakikolwiek stymulator m.in. rozrusznik serca, neurostymulator, implant ślimakowy lub inny.**
2. **Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza w pierwszym trymestrze) wymaga oświadczenia o braku przeciwwskazań od lekarza prowadzącego ciążę.**
3. **Jeżeli pacjent nie jest w stanie wykonywać poleceń technika przeprowadzającego badanie, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.**
4. **W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub wykonanych z nieznanego materiału, koniecznie poinformuj o tym pracownika Quadia.**

Oświadczam, że nie posiadam w ciele żadnych elementów metalowych poza tymi, które wymieniłem w niniejszej ankiecie na stronie 1.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą rezonansu magnetycznego.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin.

TAK  NIE

Oświadczam, że jestem poinformowany/a o całkowitych kosztach badania uwzględniających środek kontrastowy.

Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków. Jednocześnie jestem świadomy/a ewentualnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z zatajenia informacji o stanie mojego zdrowia.

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Oświadczam jednocześnie, że jestem poinformowany/a o przebiegu planowanego badania oraz związanego z nim potencjalnego ryzyka oraz możliwości wystąpienia powikłań. Oświadczam, że uzyskałam/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

(czytelny podpis pacjenta)

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych w celu świadczenia usługi medycznej, w tym o przysługującym prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania. Oświadczam również, że podanie tych danych było dobrowolne.**

(czytelny podpis pacjenta)

**Zgoda na otrzymywanie wyników badań drogą elektroniczną**

Chcę otrzymywać wyniki badań drogą elektroniczną na wskazany w ankiecie adres e-mail lub **przez portal zbadani.pl**. Wyniki są elektronicznie zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych.

TAK  NIE

(adres email)

(czytelny podpis pacjenta)

**Zgoda na wykorzystanie zanonimizowanej dokumentacji medycznej do celów naukowych, badawczych i rozwojowych.**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich w pełni zanonimizowanych danych medycznych (w tym obrazów z badania) do celów edukacyjnych, badawczych, naukowych, rozwojowych i szkoleniowych. Dzięki tej zgodzie przyczyniasz do rozwoju medycyny, zwiększenia świadomości pacjentów i lepszego przygotowania pracowników służby zdrowia.

TAK  NIE

(czytelny podpis pacjenta)

Chcę otrzymywać informacje na temat świadczonych usług i ich promocji przez Quadia Sp. z o.o. Sp. k. (zgodę można w każdej chwili wycofać).

Drogą elektroniczną  TAK  NIE

Drogą telefoniczną  TAK  NIE

(czytelny podpis pacjenta)

**Upoważnienie osoby trzeciej do odbioru wyniku badania i dokumentacji medycznej**

Niniejszym upoważniam:

(imię, nazwisko oraz PESEL lub data urodzenia lub nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

Panią / Pana

do odbioru w moim imieniu wyniku badania rezonansem magnetycznym wraz z towarzyszącą mu dokumentacją medyczną.

(czytelny podpis pacjenta)