

DATA

.....

GODZINA

.....

NR BADANIA

.....

KWESTIONARIUSZ BADANIA

REZONANS MAGNETYCZNY

STAW



Podczas badania pacjent narażony jest na oddziaływanie silnego pola magnetycznego. Badaniu cały czas towarzyszy hałas generowany przez urządzenie. W czasie badania pacjent musi pozostać w bezruchu około 30 – 60 minut. Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalowych, elektronicznych, biżuterii. Za ich uszkodzenie Pracownia nie ponosi odpowiedzialności. Informacje podane przez Panią/Pana objęte są ochroną danych osobowych.

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

ADRES

..... TEL

PLEĆ KOBIETA ☐ MĘŻCZYŻNA ☐ | WAGA kg | WZROST cm

Prosimy o zaznaczenie właściwych odpowiedzi. Przykład: TAK ☒ NIE ☐

Czy w ciele osoby badanej znajdują się następujące elementy (jeśli TAK, proszę zaznaczyć jakie):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> rozrusznik serca | <input type="checkbox"/> proteza oka | <input type="checkbox"/> pompa insulinowa |
| <input type="checkbox"/> sztuczna zastawka serca | <input type="checkbox"/> implant ślimakowy | <input type="checkbox"/> stenty |
| <input type="checkbox"/> aparat słuchowy | <input type="checkbox"/> neurostymulator | |
| <input type="checkbox"/> metalowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> metalowe opitki w oku | |

implanty ortopedyczne lub inne:

Czy w ciele osoby badanej znajdują się następujące elementy (jeśli TAK, proszę zaznaczyć jakie):

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Czy osoba badana jest w ciąży? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy osoba badana obawia się przebywania w ciasnych pomieszczeniach? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy osoba badana była wcześniej badana w pracowni rezonansu magnetycznego? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Jeżeli tak - co i kiedy?: | | |
| Czy osoba badana choruje na niewydolność nerek? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Czy wystąpiły u osoby badanej reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Wyrażam zgodę na udostępnienie moich wyników badań w formie elektronicznej na nr telefonu:

.....

Jednocześnie oświadczam że mam świadomość ryzyka jakie niesie za sobą przesyłanie danych drogą elektroniczną. W przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego nie będę wnosić żadnych roszczeń w stosunku do REZONANS FC.

PODPIS PACJENTA

.....

FACE-CLINIC NZOZ CENTRUM LECZENIA WAD ZGRYZU, NIP 5221871747, REGON 016252870

.....

ul. Łuczek 4
02-434 Warszawa

tel. 222 139 310

rezonansfc.pl
e-mail recepcja@rezonansfc.pl

rezonans^{FC}

BADANIE STAWU



Który staw ma być badany? strona: ☐ prawa ☐ lewa

Czy ruchomość w stawie jest: ☐ pełna ☐ ograniczona

Czy doszło do urazu? ☐ NIE ☐ TAK - kiedy i jakiego?

Czy objawom towarzyszy: ☐ obrzęk ☐ ból Jeżeli TAK, jaki, od kiedy i w jakich okolicznościach

☐ inne objawy

Czy uprawia Pan/Pani sport? Jeżeli TAK, jaki i jak często?

Czy badane miejsce było operowane? Jeżeli TAK, proszę podać datę, rodzaj i zakres zabiegu

Czy występują choroby przewlekłe? Jeżeli TAK, jakie?

Czy osoba badana przebyła infekcję COVID-19? ☐ TAK, KIEDY? ☐ NIE

Czy osoba badana została zaszczepiona przeciw COVID-19? ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku konieczności wykonania badania ze wzmocnieniem kontrastowym zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego, wydłużenie czasu badania (kwota dopłaty za środek kontrastowy zgodna z cennikiem). ☐ TAK ☐ NIE

Potwierdzam, że powyższy tekst został przeczytany i zrozumiany oraz nie zatajono istotnych informacji o faktycznym stanie zdrowia. ☐ TAK ☐ NIE

Ja niżej podpisana osoba wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego wg obowiązującego cennika Rezonans FC. ☐ TAK ☐ NIE
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania w rejestracji po jego wykonaniu.

DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA

☐ **UPOWAŻNIAM** TEL:

PESEL: do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej oraz otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

☐ **NIE UPOWAŻNIAM** nikogo do uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej

PODPIS PACJENTA

FACE-CLINIC NZOZ CENTRUM LECZENIA WAD ZGRYZU, NIP 5221871747, REGON 016252870

ul. Łuczek 4
02-434 Warszawa

tel. 222 139 310

rezonansfc.pl
e-mail recepcja@rezonansfc.pl

rezonans^{FC}