

DATA

.....

GODZINA

.....

NR BADANIA

.....

## KWESTIONARIUSZ BADANIA

### REZONANS MAGNETYCZNY

GŁOWA



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<sup>FC</sup>

## BADANIE GŁOWY



Proszę zaznaczyć jakie dolegliwości występują:

☐ nudności/wymioty

☐ zaburzenia widzenia

☐ bóle głowy

inne, jakie: .....

Czy doszło do urazu? Jeżeli TAK, proszę podać kiedy: .....

Czy pozostaje Pani/Pan pod opieką specjalisty? Jeżeli TAK, proszę podać jakiego i od kiedy: .....

Czy występują choroby przewlekłe? Jeżeli TAK, jakie? .....

Czy były operacje w badanym miejscu? Jeżeli TAK, proszę podać datę, rodzaj i zakres zabiegu: .....

Czy wystąpiły u osoby badanej reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe) .....

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<sup>FC</sup>**