

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

ADRES

PESEL

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 opłatki w oku | |

implanty ortopedyczne lub inne:

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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Czy osoba badana jest w ciąży? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <input type="checkbox"/> Czy osoba badana obawia się przebywania w ciasnych pomieszczeniach? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <input type="checkbox"/> Czy osoba badana była wcześniej badana w pracowni rezonansu magnetycznego?
Jeżeli tak - co i kiedy?: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <input type="checkbox"/> Czy osoba badana choruje na niewydolność nerek? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <input type="checkbox"/> 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
NR KONTA: 97 1930 1419 2300 0343 1618 0016

ul. Łuczek 4
02-434 Warszawa

tel. 222 139 310

rezonansfc.pl
e-mail recepcja@rezonansfc.pl

rezonans FC

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 przeżyła 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
NR KONTA: 97 1930 1419 2300 0343 1618 0016

ul. Łuczek 4
02-434 Warszawa

tel. 222 139 310

rezonansfc.pl
e-mail recepcja@rezonansfc.pl

rezonans^{FC}