DATA .....

GODZINA .....

NR BADANIA .....

KWESTIONARIUSZ BADANIA

REZONANS MAGNETYCZNY

KRĘGOSŁUP

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 .....

PŁEĆ KOBIETA ☐ MĘŻCZYZNA ☐ | 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):

- ☐ rozrusznik serca
- ☐ sztuczna zastawka serca
- ☐ aparat słuchowy
- ☐ metalowe klipsy naczyniowe
- ☐ proteza oka
- ☐ implant ślimakowy
- ☐ neurostymulator
- ☐ metalowe opiłki w oku
- ☐ pompa insulinowa
- ☐ stenty

implanty ortopedyczne lub inne: .....

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

- Czy osoba badana jest w ciąży? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy osoba badana obawia się przebywania w ciasnych pomieszczeniach? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy osoba badana była wcześniej badana w pracowni rezonansu magnetycznego? ☐ TAK ☐ NIE
  Jeżeli tak - co i kiedy?: .....
- Czy osoba badana choruje na niewydolność nerek? ☐ TAK ☐ NIE
- Czy wystąpiły u osoby badanej reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe) ☐ TAK ☐ 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 KRĘGOSŁUPA

Który odcinek kręgosłupa ma być zbadany?

☐ szyjny ☐ piersiowy ☐ lędźwiowo - krzyżowy

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

.....

Jakie jest nasilenie bólu? ☐ brak ☐ słaby ☐ średni ☐ silny ☐ trudny do zniesienia

Czy ból promieniuje do kończyny? Jeżeli TAK, to do której:

kończyna górna: ☐ prawa ☐ lewa kończyna dolna: ☐ prawa ☐ lewa

Czy kręgosłup był operowany? Jeżeli TAK, proszę podać przybliżoną 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 dożylne 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. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania w rejestracji po jego wykonaniu. ☐ TAK ☐ NIE

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