

# ANKIETA

Nazwisko i Imię .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

Waga pacjenta .....

Nr badania .....

Region badany .....

Rozpoznanie .....

Informacje od badanego:

Posiadam wszczepione lub nabyte:

- |    |                                    |     |     |
|----|------------------------------------|-----|-----|
| 1. | Rozrusznik serca                   | Tak | Nie |
| 2. | Neurostylumatory                   | Tak | Nie |
| 3. | Implanty ślimakowe                 | Tak | Nie |
| 4. | Metalowe opiłki, odłamki w ciele   | Tak | Nie |
| 5. | Pooperacyjne klipsy w polu badania | Tak | Nie |
| 6. | Inne, napisz jakie                 |     |     |

.....  
INFORMACJA: Metalowe przedmioty znajdujące się w ciele pacjenta, mogą stanowić dla niego jak i dla aparatury bezwzględne lub względne niebezpieczeństwo, dlatego prosimy o prawdziwe odpowiedzi na powyższe pytania.

Pytania dodatkowe:

- |    |   |     |     |
|----|---|-----|-----|
| 1. | Czy cierpisz na klaustrofobię (lęk zamkniętych przestrzeni) | Tak | Nie |
| 2. | Czy jesteś w ciąży  | Tak | Nie |
| 3. | Czy byłeś/aś badany/a w pracowni MRI(NMR,MR)                | Tak | Nie |

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje i biorę odpowiedzialność za ich prawdziwość.

Wyrażam zgodę na badanie metodą MRI i ewentualne podanie środka wzmacniającego w postaci wstrzyknięcia dożylnego.

Jeżeli podawano Panu/Pani środki kontrastujące, czy były jakiegokolwiek odczyny uczuleniowe (TAK/NIE) , jeżeli tak to jakie( np. wysypka, świąd, wstrząs itp)

.....  
.....  
*Podpis pacjenta*

.....  
.....  
*Data*

.....  
.....  
*Lekarz kierujący*

*pieczęć i podpis*