



ul. Szparagowa 10  
91-211 Łódź  
T 42 254 64 00  
42 254 64 01

salvemedica.pl

## ANKIETA

przed wykonaniem badania rezonansu magnetycznego  
w ramach NFZ/komercja/umowa .....

Prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie ankiety.

Nazwisko i Imię:

PESEL:

Wzrost:

Waga:

- 1 Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca/implant słuchowy/stenty/śruby/pompę insulinową/endoprotezę/szyny/klipsy/szwy metalowe/inne\*?   tak  nie
- 2 Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie/niewydolność krążenia/chorobę wieńcową/zaburzenia rytmu serca\*?  tak  nie
- 3 Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego/udar/padaczka/utrata przytomności/inne\*?  tak  nie  
Jeżeli inne - jakie:
- 4 Czy choruje Pan/Pani na choroby tarczycy: niedoczynność/nadczynność/inne\*?  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/a?
- 5 Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek?  tak  nie
- 6 Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową?  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/a?
- 7 Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki/jod/plaster/lateks/inne substancje chemiczne\*?  tak  nie  
Jeżeli tak, to jakie?
- 8 Czy choruje Pan/Pani na klaustrofobię?  tak  nie
- 9 Czy ma Pani antykoncepcyjną wkładkę domaciczną?  tak  nie
- 10 Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?  tak  nie
- 11 Czy przyjmuje Pan/Pani preparaty zawierające metforminę (np. Siofor, Metformax, Formetic, Etform, Glucophage, Gluformin, Metformin i inne)?  tak  nie
- 12 Czy dołącza Pan/Pani poprzednie badanie obrazowe danej okolicy ciała?  tak  nie
- 13 **Czy jest Pani w ciąży?** (należy unikać badania u kobiet w II połowie cyklu miesięcznego u których zaistniała możliwość zapłodnienia)  tak  nie

\*jeżeli tak, proszę podkreślić właściwą odpowiedź

- Ja niżej podpisany/a oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała i nie zataiłem/am istotnych informacji o faktycznym stanie zdrowia.
- Oświadczam także, że zostałem/am zapoznany/a z przebiegiem badania oraz z możliwością wystąpienia powikłań.
- Wyrażam zgodę na przeprowadzanie badania rezonansu magnetycznego określonego w skierowaniu, oraz w przypadku uzasadnienia medycznego, podanie dożylnie środka kontrastowego w trakcie badania.
- Oświadczam, że nie spożywałem/-łam posiłków przez minimum 6 godzin, oraz że nie jestem uczulony/-a na środki kontrastowe. Zostałem/-łam poinformowany/-a o ewentualnych powikłaniach podania środka kontrastowego. Możliwe powikłania po podaniu środka kontrastowego: zaczerwienienie skóry, wysypka, świąd, nudności, wymioty, przyspieszony rytm serca, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddechu i pracy serca, wstrząs anafilaktyczny, zapaść sercowo-naczyniowa, spadek/zanik ciśnienia krwi, z możliwością zgonu badanego pacjenta.
- Oświadczam, że nie posiadam w ciele części metalowych po zabiegach operacyjnych (implantów), takich jak: rozrusznik serca, stenty, klipsy naczyniowe, szwy metalowe (również po operacjach laparoskopowych), protezy stawowe, zębowe oraz inne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania procesu leczenia.

Wyrażam zgodę dla Medica i Salve Medica na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.), w tym w celach marketingowych dotyczących nowych usług oferowanych przez Medica/Salve Medica lub informacji o planowanych wydarzeniach, spotkaniach itp. organizowanych przez Medica/Salve Medica.

Łódź,  
dnia:

Podpis  
technika:

Podpis Pacjentki/-ta  
przedstawiciela  
ustawowego\*:

\* Jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, a nie ukończył 18, należy uzyskać oświadczenie/zgodę podwójne/-ą tj. od Pacjenta/-tki i jego przedstawiciela ustawowego.