

Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o.
Nr księgi rej. 000000002894
Kompleks ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych
Dział Diagnostyki Kod V:04
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
ul. Juliusza Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski
Tel.: 54 282 80 35
I000000002894, V 04, VII 068, VIII 7250
REGON: 911344332 NIP: 8911530126

Aparat: FUJIFILM Healthcare Corporation,
model: APERTO Lucent
Indukcja pola magnetycznego: 0.38 T

RM BEZ KONTRASTU

Nazwisko i imię:		Data urodzenia:	
Adres:		Telefon:	
Waga:		Wzrost:	

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ NALEŻY ZAZNACZYĆ W 

1.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonane badanie Rezonansu Magnetycznego?	TAK	NIE
2.	Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonane badanie z użyciem kontrastu ?	TAK	NIE
3.	Czy kiedykolwiek zostały wykonane u Pana/Pani zabiegi operacyjne? Jeżeli tak to kiedy i jakie ?.....	TAK	NIE
4.	Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca?	TAK	NIE
5.	Czy posiada Pan/Pani stenty wieńcowe?	TAK	NIE
6.	Czy posiada Pan/Pani metalowe opiłki w ciele lub skórze?	TAK	NIE
7.	Czy posiada Pan/Pani implant słuchowy?	TAK	NIE
8.	Czy posiada Pan/Pani sztuczne zastawki serca?	TAK	NIE
9.	Czy posiada Pan/Pani wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?	TAK	NIE
10.	Czy posiada Pan/Pani protezy stawów, implanty?	TAK	NIE
11.	Czy posiada Pan/Pani mostki lub protezy zębowe?	TAK	NIE
12.	Czy posiada Pan/Pani wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)?	TAK	NIE
13.	Czy posiada Pan/Pani szwy chirurgiczne?	TAK	NIE
14.	Czy posiada Pan/Pani inne wszczepione metale (jakie)?	TAK	NIE

Dotyczy Kobiet!!!

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest ciąża pacjentki!!! Oświadczam, że nie jestem w ciąży w momencie wykonywania badania !!!

.....
Data i podpis

Oświadczenie Pacjenta / przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

Świadomie wyrażam zgodę na :

TAK **NIE**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przeprowadzenie badania Rezonansu Magnetycznego (Aparat: FUJIFILM APERTO Lucent 0,38 T)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że nie zataiłem(-am) żadnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia, chorobach, przyjmowanych lekach i że podane przeze mnie odpowiedzi są prawdziwe.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wyrażam zgodę na wysłanie opisu badania RM na podany adres e-mail. Adres e-mail.....

.....
(data i podpis pacjenta)

.....
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa)

Wypełnia Personel medyczny

Data badania.....

Rodzaj wykonanego badania.....

.....
(data, pieczętka i podpis elektroradiologa wykonującego badanie)

UWAGI:.....