

INFORMACJE WAŻNE

WIĘKSZOŚĆ OBECNIE STOSOWANYCH MATERIAŁÓW MEDYCZNYCH JEST DOPUSZCZONA DO PRACY W POLU ELEKTROMAGNETYCZNYM (NP. APARATY ORTODONTYCZNE I MATERIAŁY UŻYWANE W STOMATOLOGII, KLIPSY STOSOWANE PRZY LAPAROSKOPII, SZWY W MOSTKU PO BY-PASSACH) I NIE STANOWIĄ PRZECIWWSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA MR.

PRZECIWWSKAZANIAMI BEZWZGLĘDNymi DO WYKONANIA BADANIA MR SĄ:

- ❗ WSZCZEPIONY ROZRUSZNIK SERCA (KARDIOSTYMULATOR), NIEKOMPATYBILNY Z POLEM MAGNETYCZNYM
- ❗ POMPA INSULINOWA
- ❗ WSZCZEPIONY APARAT SŁUCHOWY
- ❗ NEUROSTYMULATORY
- ❗ KLIPSY METALOWE WEWNĄTRZCZASZKOWE

KAŻDORAZOWO O PRZEPROWADZENIU BADANIA W PRZYPADKACH WĄTPLIWYCH DECYDUJE LEKARZ RADIOLOG PO ZAPOZNANIU SIĘ Z DOKUMENTACJĄ MEDYCZNĄ DOSTARCZONĄ PRZEZ PACJENTA. DLATEGO W RAZIE JAKICHKOLWIEK WĄTPLIWOŚCI PROSIMY O WCZEŚNIEJSZY KONTAKT Z PRACOWNIĄ.

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM MR

	TAK	NIE
CZY MIAŁ(A) PAN(I) WYKONANE WCZEŚNIEJ BADANIE MR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) ROZRUSZNIK/STYMULATOR SERCA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) SZTUCZNĄ ZASTAWKĘ SERCA, STENT, LUB BY-PASSY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) APARAT SŁUCHOWY, IMPLANT ŚLIMAKOWY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) IMPLANTY ORTOPEDYCZNE: ŚRUBY, PŁYTKI, GWOŹDZIE, PROTEZY, STABILIZATORY KRĘGOSŁUPA LUB INNE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) OPIŁKI METALOWE W OKU LUB INNE METALICZNE ELEMENTY W CIELE NP. SZWY METALICZNE, ODŁAMKI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) PROTEZY ZĘBOWE, IMPLANTY ZĘBOWA PLOMBY AMALGAMATOWE, APARAT ORTODONTYCZNY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) TATUAŻ, MAKIJAŻ TRWAŁY, PIERCING LUB PERUKĘ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY NOSI PAN(I) GORSET ORTOPEDYCZNY, STABILIZATORY LUB PROTEZY KOŃCZYN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY CIERPI PAN(I) NA KLAUSTROFABIĘ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY MA PAN(I) ZDIAGNOZOWANĄ CHOROBE NEREK, CUKRZYCĘ LUB NADCIŚNIENIE TĘTNICZE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY JEST PAN(I) UCZULONY(A) NA LEKI, POKARMY LUB INNE SUBSTANCJE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY JEST PANI W CIĄŻY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY POSIADA PANI WKŁADKĘ ANTYKONCEPCYJNĄ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CZY PRZEBYŁ(A) PAN(I) ZABIEG OPERACYJNY? JEŻELI TAK TO JAKI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZĄ TREŚĆ JEST MI ZNANA I ZROZUMIANA. UDZIELONE ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM, A ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PODANIE NIEPRAWDZIWYCH DANYCH SPOCZYWA NA MNIE.

	TAK	NIE
WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO (JEŚLI JEST TO KONIECZNE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODBIÓR WYNIKU BADANIA:		
<input type="checkbox"/> ODBIORĘ OSOBIŚCIE		
<input type="checkbox"/> PROSZĘ WYSŁAĆ POCZTĄ NA WSKAZANY ADRES (DOŁĄCZAM BEZPIECZNĄ KOPERTĘ A5 WRAZ ZE ZNACZKIEM POCZTOWYM NA LIST POLECONY)		
<input type="checkbox"/> ODBIERZE OSOBA WSKAZANA W UPOWAŻNIENIU		

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATA WYPEŁNIENIA

CZYTELNY PODPIS PACJENTA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Vitascan Sp. z o.o.

- 📍 Nysa, ul. Bohaterów Warszawy 23-23a
- 📞 77 464 54 35
- ✉ rejestracja@vitascan.pl
- 🌐 www.vitascan.pl

