

ANKIETA PRZED BADANIEM

Nazwisko:.....

Imię:.....

PESEL:.....

Waga (kg):

Prawidłową odpowiedź zaznaczamy **KÓŁECZKIEM**

Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan(i) na klaustrofobię (lęk, dyskomfort spowodowany przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach)?	TAK	NIE
Czy choruje Pan(i) na niewydolność nerek? Jeśli tak, proszę podać poziom kreatyniny	TAK	NIE
Czy ma Pan(i) wszczepiony rozrusznik serca, implant ślimakowy, sztuczne zastawki serca, wewnętrzznaczyniowe klipsy, gwoździe, śruby (np. tytanowe), stymulator, protezy stawów, itp.?	TAK	NIE
Czy istnieje możliwość obecności metalowych fragmentów (opiłków, odłamków) w ciele, zwłaszcza w gałkach ocznych?	TAK	NIE
Czy posiada Pan(i) aparat słuchowy?	TAK	NIE
Czy posiada Pan(i) protezę zębową?	TAK	NIE
Czy posiada Pani wkładkę domaciczną (spirale)?	TAK	NIE
Czy ma Pan(i) tatuaż, permanentny makijaż?	TAK	NIE
Czy ma Pan(i) astmę, alergię, złą tolerancję na leki?	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek operację lub zabieg?	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek robione badanie rezonansem magnetycznym?	TAK	NIE
Czy został(a) Pan(i) poinformowany(a) o możliwości podania środka kontrastowego?	TAK	NIE

Oświadczam, iż uzyskałem(am) wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania odnośnie wykonywanego badania i biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania

.....
(data)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego

.....
(data)

.....
(podpis)