

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI CONSENT FOR AN MRI

Nazwisko/Surname Imię/Name
Waga/Weight

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres/Address.....

Phone numer for receiving results.....

I declare that I have been informed that results can be collected online at www.zbadani.pl. I will be notified by text message to the number provided above that the results/description are ready for collection. Access to the results requires the patient's PESEL number and the indicated telephone number. I am aware that providing an incorrect number will prevent access to the test results.

Data/Date podpis pacjenta/ patient's signature

NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ NARAZIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.), oraz o nie zakładanie biżuterii.

SOME METAL OBJECTS WORN BY THE PATIENT DURING EXAMINATION MAY BE HEALTH- OR LIFE-THREATENING.

During examination, the patient is situated in a strong magnetic field, which means that he/she may not wear any metal objects or objects, which may be influenced by a magnetic field, such as hearing aids, watches, electronic devices, magnetic cards, magnetic storage devices, mobile phones.

THE LABORATORY DOES NOT BEAR RESPONSIBILITY FOR ANY DAMAGE TO THOSE OBJECTS.

Due to the noise, we recommend wearing ear pads during examination. Patient is required to lie still and in a confined space for several dozen minutes. Any make up may make the head MRI impossible or significantly decrease its quality. Please wear clothes without any metal elements on them (zippers, clips, etc.) and do not put on any jewelry.

Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastikę kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki? Odpowiedź „TAK” oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI Does the patient have electronic, mechanical or magnetic implants, such as artificial pacemaker or internal electrodes (e.g. internal electrodes, internal hearing aid, auditory ossicles, cochlear implant, insulin pump and other drug dosing devices)? “YES” means that the patient cannot undergo an MRI	TAK YES	NIE NO
Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? <u>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</u> Does the patient have implants such as aneurysm clips, vessel clips, embolization coils, vessel filters, neurostimulators, biostimulators, artificial valves, intrauterine devices? <u>(if yes, underline which)</u>	TAK YES	NIE NO
Czy pacjent posiada: protezy kości, implanty, protezy zębowe, zespolenia metalowe, nici stalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach)? <u>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</u> Does the patient have any of the following: bone prosthesis, implants, dental prosthesis, metal fixation, steel sutures, clamps stimulating bone growth, fragments or filings in the body (particularly in the eye, eyes)? <u>(if yes, underline which)</u>	TAK YES	NIE NO
Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić: Has the patient had any surgeries, if yes, please specify: 	TAK YES	NIE NO
Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania jest w trakcie leczenia szpitalnego? (dotyczy badania na NFZ)	TAK YES	NIE NO
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię? Is the patient claustrophobic?	TAK YES	NIE NO
Czy miała Pani/Pan kiedykolwiek uraz gałki ocznej opiłkiem metalowym? Has the patient ever had a metal filing in his/her eye?	TAK YES	NIE NO

ZGODA PACJENTA (rodziców, opiekunów lub pełnomocników) NA WYKONANIE BADANIA MRI**PATIENT'S CONSENT (parents, guardians or representatives) FOR PERFORMING AN MRI**

W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę. Aktualny wynik poziomu kreatyniny I hereby agree to perform an MRI with an intravenous contrast agent, if needed. Current creatinine level	TAK YES	NIE NO
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <u>jeśli tak proszę wymienić na jakie:</u> Have there ever been allergic reactions to any pharmaceutical agent? <u>If yes, please specify:</u>	TAK YES	NIE NO
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? <u>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</u> Are you suffering from any of the following: thyroid, renal or liver disorders, asthma, hypertension, epilepsy, diabetes? <u>(if yes, please underline which)</u>	TAK YES	NIE NO
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego? Have you ever had an MRI with a contrast agent administered?	TAK YES	NIE NO
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe? Have you had any allergic reactions after administering the contrast agent during an MRI?	TAK YES	NIE NO
- dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży? women only: are you pregnant?	TAK YES	NIE NO

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym.

Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

I, the undersigned, hereby declare that I read and understand the foregoing information, which are accurate and complete.

I take full responsibility for the foregoing information. I know and understand all risks connected with the foregoing examination. I hereby consent to perform the MRI.

Data/Date

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego Signature of the patient / legal guardian

Pracownia Rezonansu Magnetycznego SALUS

76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj. zł, zgodnie z cennikiem Centrum Zdrowia SALUS. W sytuacji, gdy pomimo wcześniejszego wyrażenia zgody na badanie, zrezygnuję z badania, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanego środka kontrastowego.

In case of a privately paid examination, I undertake to cover its costs, i.e. PLN, based on the price list of SALUS Medical Centre. If I decide to withdraw from the examination despite my previous consent, I undertake to cover the costs of preparing the contract agent.

Data/Date

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego Signature of the patient / legal guardian

Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

SALUS Sp. z o.o. with its registered office in Słupsk at ul. Zielona 8 is the data administrator.

Your personal data will be processed only for the purpose of providing the necessary medical services based on provisions of Act dated 29 August 1997 on Personal Data Protection (uniform text, Journal of Laws of 2015, item 2135 as further amended).

You have the right to access your data and correct them, if necessary.

Pracownia Rezonansu Magnetycznego SALUS

76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 9000, e-mail: radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl