

Załącznik nr 8a

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

ZGODA NA BADANIE REZONANS MAGNETYCZNY

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL data urodzenia.....

Numer telefonu:

.....
(Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem pisemną informację na temat przygotowania do badania, sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem rezonansem magnetycznym, w tym z podaniem środka kontrastującego, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podania gadolinowego środka kontrastowego.	TAK	NIE
Jestem świadomy/a wystąpienia możliwych powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym oraz powikłań związanych podaniem gadolinowego środka kontrastowego, jak również jestem świadomy/a ograniczonej wartości diagnostycznej badania w razie nie wyrażenia przeze mnie zgody na podanie kontrastu.	TAK	NIE
Oświadczam, że miałem/am możliwość wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem/am i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.	TAK	NIE

ŚWIADOMIE WYRAŻAM ZGODĘ NA:

Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym.	TAK	NIE
Podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym.	TAK	NIE
Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków oraz elementów metalicznych, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.	TAK	NIE
Oświadczam, że opis badania oraz dane obrazowe odbiorę on-line. Wyrażam zgodę na przesłanie na podany przeze mnie nr telefonu wiadomości SMS z linkiem do odbioru wyniku.	TAK	NIE

.....
(data czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego
W przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Przyjęta dokumentacja medyczna:

TAK

NIE

Liczba CD:	Liczba kart informacyjnych:
Liczba opisów:	Inne:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

Odmawiam dołączenia poprzedniej dokumentacji

/podpis Pacjenta/

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ :

DATA I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ:

Wypełnia personel medyczny Pracowni MR	
Dokument został przyjęty i sprawdzony Data..... Podpis.....	UWAGI: