



Czy przebył/a Pan/Pani jakąkolwiek operację chirurgiczną? TAK  NIE

Jaką? .....

Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek, astmę, padaczkę?  
(proszę właściwie podkreślić) TAK  NIE

Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek badanie rezonansu magnetycznego? TAK  NIE

Czy kiedykolwiek Pan/Pani miał/a podany kontrast w trakcie badania MR? TAK  NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły objawy niepożądane po podaniu środka kontrastującego? TAK  NIE

Czy odczuwa Pan/Pani lęk w ciasnych pomieszczeniach, np. w windzie? TAK  NIE

Dla kobiet w wieku rozrodczym:

Czy jest Pani w ciąży? TAK

Czy karmi Pani piersią? TAK

W przypadku badania głowy pacjentki proszone są o **zmycie makijażu**.

**Oświadczam, że wypełniona ankieta jest dla mnie zrozumiała, miałem/miałam możliwość zadawania wyjaśniających pytań, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.**

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Data badania.....

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

W niektórych przypadkach konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego.  
Reakcje uczuleniowe na kontrast są bardzo rzadkie.

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na założenie wenflonu? TAK  NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego? TAK  NIE

**Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o celowości zastosowania środka kontrastowego i zrozumiałem/am przekazane informacje, łącznie z powikłaniami, które mogą wystąpić po jego zastosowaniu.**

**Wyrażam / nie wyrażam świadomej zgody na założenie wenflonu i podanie środka kontrastowego.**

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego .....

Data badania .....

**DO ANKIETY PROSIMY DOŁĄCZYĆ KARTY INFORMACYJNE/WYPIS ZE SZPITALA  
JEŚLI PACJENT MIAŁ WYKONANE ZABIEGI CHIRURGICZNE**