

## **INFORMACJA O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO BADANIA MR**

Informuję, że pacjent

.....  
(imię i nazwisko, PESEL pacjenta)

kwalifikuje się do wykonania badania Rezonansu Magnetycznego (MR) w aparacie 1,5 teslowym

.....  
(badana okolica)

Pacjent nie ma założonego kardiostymulatora, neurostymulatora lub innego biostymulatora.

Założone pacjentowi klipsy naczyniowe, implanty ślimakowe, metalowe implanty, zastawki serca i ewentualne inne ciała obce zawierające metal są dopuszczone przez producenta do badania w rezonansie magnetycznym 1,5T.

Pacjentka nie jest w ciąży lub jest w ciąży, ale jej stan kliniczny bezwzględnie wymaga pilnej diagnostyki MR.

.....  
**Podpis i pieczęć lekarza**