

**ŚWIADOMA ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO  
ORAZ EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO – ŚCO**

*Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety  
i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi.*

Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani ciążę?	TAK	NIE
Rozrusznik serca	TAK	NIE
Stymulator serca, zastawka serca	TAK	NIE
Implanty (jakie?).....	TAK	NIE
Klipsy naczyniowe	TAK	NIE
Zaciski chirurgiczne	TAK	NIE
Jakikolwiek wszczep elektroniczny, mechaniczny lub magnetyczny.....	TAK	NIE
Jakikolwiek metalowe ciało obce, odłamek, opiłki metalowe itp.....	TAK	NIE
Jakikolwiek wszczep ortopedyczny (np: igła, pręt, śruba, gwóźdź, zacisk, płytką, drut)	TAK	NIE
Jakikolwiek inne wszczepy .....	TAK	NIE
Spirala wewnątrzmaciczna	TAK	NIE
Protezy .....	TAK	NIE
Sztuczna szczęka, mostek zębony	TAK	NIE
Czy może mieć Pan \ Pani jeszcze inne części metaliczne? .....	TAK	NIE

*Ja niżej podpisany/a potwierdzam, że treść formularza jest dla mnie zrozumiała a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście. Otrzymałem/am informację w formie pisemnej dotyczącą przygotowania i przebiegu badania a wszelkie wątpliwości w tym zakresie zostały mi wyjaśnione. Przedstawiono mi korzyści wynikające z badania, które pozwolą na zastosowanie diagnostyki o wyższym stopniu obrazowania oraz dokładniejszą ocenę zaawansowania procesu chorobowego jak również odpowiedzi na zastosowane leczenie.*

<p><b>Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na badanie za pomocą Rezonansu Magnetycznego</b></p> <p>.....</p> <p align="center">Data i podpis pacjenta lub opiekuna</p>	<p><b>Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na ewentualne dożylnie podanie środka kontrastowego</b></p> <p>.....</p> <p align="center">Data i podpis pacjenta lub opiekuna</p>
--	---

**W przypadku braku zgody na badanie i /lub podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.**

<p><b>Pacjent nie jest w stanie podjąć świadomej decyzji z powodu:</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p align="center">Data, pieczętka i podpis lekarza kierującego na badanie</p>	<p>Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o sposobie badania i powikłaniach mogących powstać w wyniku przeprowadzonych procedur</p> <p>.....</p> <p align="center">Data, pieczętka i podpis lekarza kierującego na badanie</p>
---	--

\* - zaznaczyć kółkiem właściwą odpowiedź