



# SKIEROWANIE

## BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

MRI examination referral

Imię i nazwisko:

Name and family name:

Data urodzenia:

Date of birth

PESEL:

PESEL No.

Adres:

Address:

Wzrost:

Height:

Telefon:

Phone number:

Waga:

Weight:

Nr badania:

Examination number:

Badana okolica anatomiczna:

Which anatomical area would be examined:

Co badanie ma wyjaśnić:

Diagnosis:

Dane kliniczne (dotychczas wykonane badania, przebyte operacje):

Clinical data:

Kod ICD10:

Prosimy o załączenie dokumentacji medycznej z poprzednich badań dotyczących tego samego zakresu badań (dokumentacja papierowa oraz CD)

Wypełnia pracownia diagnostyczna:

Poziom kreatyniny (eGFR):

Data badania:

Podpis elektroradiologa:

Kontrast:

Doustny:  ml

Dożylny:  ml

Telefon kontaktowy do lekarza

Podpis lekarza kierującego Physician's signature

Data

Uprzejmie informujemy, że wynik badania składa się z opisu w wersji papierowej oraz badania nagranego na płytę CD.

We kindly inform that the result of examination consist od description provided in paper form and examination data recorded onto CD.

# KWESTIONARIUSZ

## BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

W trosce o bezpieczny przebieg badania, prosimy o zapoznanie się z poniższą ankietą oraz rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.  
Out of concern of the patient's medical care, we ask to make yourself acquainted with the correct of the questionnaire.

Czy posiada Pan / Pani:	TAK	NIE
Do you have: <b>Rozrusznik serca?</b> Peacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sztuczną metalową zastawkę serca?</b> Artificial metal heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurostymulatory?</b> Neurostimulators	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym?</b> Hearing aid in the inner ear or central ear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej, protezę oczną?</b> Any metal filings in the body, in eyeball or optic prosthesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inne? (klipsy naczyniowe, płytki, śruby, wkładka wewnątrzmaciczna)</b> Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy występowały u Pani/Pana stany lękowe (klasutrofobia)?</b> Have you ever suffered from any anxiety states (specially claustrophobia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy był/a Pani/Pan badana/y rezonansem magnetycznym? Kiedy?</b> Have you ever been examined with MRI? When?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy wykonywano operacje w badanym miejscu?</b> Have you had any surgery in examined anatomic area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy miał/a Pan/Pani wykonane badanie z użyciem środka kontrastowego?</b> Have you ever had MRI examination with intravenous contrast administration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy występowały reakcje uczuleniowe na środki farmaceutyczne? (kontrast, leki, inne?)</b> Have you ever suffered from any allergic reactions? (especially for: contrast, medicines, others?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego, wyrażam na to zgodę.*</b> I consent to have MRI examination with intravenous contrast administration if necessary.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimy o zaznaczenie, jeżeli choruje Pan/Pani na:

You are requested to mark the right field if you suffer from any following diseases:

choroby nerek  
Kidney diseases

choroby tarczycy  
Thyroid gland diseases

choroby wątroby  
Liver diseases

astmę  
Asthma

padaczkę  
Epilepsy

cukrzycę  
Diabetes

nadciśnienie tętnicze  
High blood pressure

choroby nowotworowe  
Cancer diseases

<b>Czy chorował/a Pan/Pani na żółtaczkę?</b> Have you suffered from jaundice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a na żółtaczkę?</b> Have you been vaccinated for jaundice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy jest Pani w ciąży?</b> Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*środek kontrastowy - to tzw. środek cieniujący, podawany pacjentowi dożylnie podczas badania obrazowego, celem różnicowania określonych struktur, w niektórych stanach chorobowych.  
Decyzję o podaniu kontrastu podejmuje lekarz.

\* contrast - is a medical substance administered intravenously, during the examination, what allows to diversify image structure in some diseases. The decision about contrast, is taken by a radiologist.

## Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela Pacjenta\*

### Declaration of the Patient / the Statutory Representative of the Patient\*

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (odbioru wyniku) upoważniam:  
I authorise to consult and get medical documentation the following person

.....

Oświadczam że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe treści oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, wyłącznie w celach medycznych.

I declare that I understand the content of this questionnaire and confirm that the marked answers are true and accurate. In addition I consent to have my personal details processed only for medical purposes.

Data / Date

Podpis pacjenta  
Patient's signature

\*W przypadku pacjentów między 16 a 18 rokiem życia wymagana jest zgoda zarówno małoletniego pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego, należycie umocowanego do jego reprezentowania  
\*In case of patients aged 16 to 18, consent of both the minor patient and their Statutory Representative (duly authorised to represent this former) is required.

Uprzejmie informujemy, że wynik badania składa się z opisu w wersji papierowej oraz badania nagranych na płytę CD.  
We kindly inform that the result of examination consist od description provided in paper form and examination data recorded onto CD.

Środek Diagnostyki Obrazowej, ul. Kościuszki 38 b/2, 78-400 Szczecinek, REGON 320875400-00020, tel.: 94 888 9000, +48 535 889 000, kontakt@rezonans-szczecinek.pl