



**Centrum Medyczne**  
**Dożynkowa**  
**MEDISPORT**

Dożynkowa 38, 20-223 Lublin

tel. : 81 820 05 02

rejestracja@medisport.lublin.pl

## FORMULARZ MEDYCZNY DLA OSOBY WSPÓŁTOWARZYSZĄCEJ W BADANIU MR

Data badania: .....

Nazwisko i imię: .....

Numer PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Posiadanie w ciele niektórych metalowych przedmiotów, w określonych przypadkach stanowi przeciwwskazanie do pełnienia funkcji osoby współtowarzyszącej w trakcie badania MR. W trosce o Państwa zdrowie i bezpieczeństwo, prosimy o udzielenie rzetelnych odpowiedzi na pytania znajdujące się poniżej.

**Właściwą odpowiedź proszę oznaczyć znakiem X.**

Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
<b>CZY POSIADA PANI/PAN W SWOIM CIELE NASTĘPUJĄCE PRZEDMIOTY:</b>		
Rozrusznik serca, defibrylator, kardiowerter?	TAK	NIE
Opłutek, odłamek w okolicy oczodołu ?	TAK	NIE
Implant ucha wewnętrznego?	TAK	NIE
Neurostymulator?	TAK	NIE
Sztuczną zastawkę serca, stenty, klipsy wewnątrznaczyniowe: wszczepione w ciągu ostatnich 6 tygodni?	TAK	NIE
Wszczepiony klips ferromagnetyczny w głowie?	TAK	NIE
Pompa insulinowa, pompy do podawania leków?	TAK	NIE
Wkładka domaciczna?	TAK	NIE

### ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR – OSOBA WSPÓŁTOWARZYSZĄCA

Ja niżej podpisany oświadczam iż, przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje,  
oraz ich zgodność ze stanem faktycznym.

W pełni świadomie oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego,  
z moim uczestnictwem.

.....  
**data i czytelny podpis osoby  
współtowarzyszącej**

.....  
**data i czytelny podpis  
elektroradiologa**

