



Dane pacjenta:

Imię

Nazwisko

PESEL

Dane opiekuna prawnego:

Imię

Nazwisko

PESEL

Zgoda na wykonanie badania rezonansem magnetycznym

Oświadczam, że nie zataiłam(em) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia/zdrowia podopiecznego/podopiecznej, przebiegu leczenia, chorobach i przyjmowanych środkach farmakologicznych.

Niepotrzebne skreślić

- wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na wykonanie badania rezonansem magnetycznym
- wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na dożylną podanie środka kontrastowego.

Miałem możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałam(em) zrozumiałe dla mnie informacje wyczerpujące odpowiedzi.

Zostałam(am) również poinformowany(na) o konieczności pozostawienia przedmiotów takich jak: m.in. karty kredytowe, klucze, telefon komórkowy, biżuteria, zegarek, oraz możliwości rezygnacji z badania na każdym jego etapie.

Zostałam(em) również poinformowany, że opis badania może być wykonany do 14 dni roboczych.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego