

ANKIETA PRZED BADANIEM W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

Nazwisko i Imię pacjenta data ur.

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić 20-60 min. Często dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego (paramagnetyk), który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko).

Do pomieszczenia nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Odpowiedzi prosimy koniecznie ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM.

Bezwzględne przeciwwskazania do wykonania badania MR. Czy pan/pani posiada:

1	Układ stymulujący serce (rozrusznik, kardiowerter)	TAK	NIE
2	Implant słuchowy	TAK	NIE
3	Pompa insulinowa	TAK	NIE
4	Domaciczna wkładka antykoncepcyjna (zawierająca metal) Ewentualnie zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania.	TAK	NIE
5	Obecna ciąża	TAK	NIE
6	Opilki w oku	TAK	NIE

Względne przeciwwskazania:

1	Operacyjne założenie metalowych elementów: (gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane?) np. endoproteza, śruby, szyny, klipsy, sztuczna zastawka serca, stenty, by-passy, szwy metalowe (zaświadczenie) i inne	TAK	NIE
2	Zabiegi operacyjne (wymienić jakie/rok) w tym: laparoscopia, przepuklina (zaświadczenie)	TAK	NIE
3	Ciała metaliczne np. proteza zębowa, koronka, mostek, aparat ortodontyczny (zaświadczenie) itp.	TAK	NIE

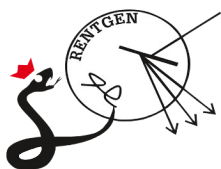
Informacje ogólne:

1	W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie TK (Tomografii Komputerowej) lub MR (Rezonansu Magnetycznego) – wymienić jakie i czego dotyczyły:	TAK	NIE
2	Czy w przeszłości wystąpiły reakcje alergiczne (leki, uczulenie na środki kontrastowe)	TAK	NIE
3	Klaustrofobia (lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach)	TAK	NIE
4	Zgadzam się na wykonanie badania MR (Rezonansu Magnetycznego)	TAK	NIE
5	Zgadzam się na podanie środka kontrastowego dożylnie	TAK	NIE
6	Wyrażam zgodę na ewentualne ponowne stawienie się na badanie jeżeli lekarz podczas opisu stwierdzi, iż jest to konieczne – np. podanie środka cieniującego lub dorobienie dodatkowej sekwencji.	TAK	NIE

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

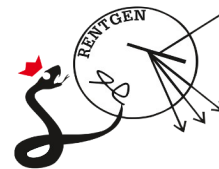
Data

Podpis pacjenta lub opiekuna



Zakład Rentgena i Usg Wyrobek Sp. z o.o s.k.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych



DLA PACJENTÓW BADAŃ OBRAZOWYCH

RTG, TK, MR, USG, MAMMOGRAFIA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) Zakład Rentgena i Usg Wyrobek Sp. z o.o s.k. informuje:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych jest Zakład Rentgena i Usg Wyrobek Sp. z o.o s.k.
ul. Smoleńsk 25a/2 31-108 Kraków, KRS 0000427044, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 6761787933, Regon 351232276
2. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Ksawery Renczyński, kontakt: iod@wyrobek.pl
3. Pani/Pana dane osobowe **będą przetwarzane w celu świadczenia usług medycznych**, zapewnienia opieki zdrowotnej, diagnozy medycznej, ochrony stanu zdrowia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie 6 ust. 1 lit. c) RODO, natomiast dane dotyczące stanu zdrowia na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO
4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe wyłącznie w wyniku realizacji obowiązku prawnego **będą udostępniane** innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, **Rzecznikowi Praw Pacjenta, NFZ, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, Systemom Informacji Medycznej oraz innym, wymienionym w art. 26 ustawy z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**
5. Podane przez Panią/Pana dane osobowe **nie będą przekazywane do państwa trzeciego.**
6. Pani/Pana dane osobowe i dokumentacja medyczna **będą przechowywane** przez okres **20 lat.**
7. Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną przez okres **10 lat.**
8. **5 lat**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczeni zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza.
9. **2 lata**, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie.
10. Dokumentacja medyczna dotycząca **dzieci do ukończenia 2 roku życia -22 lata.**
11. **Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swojej dokumentacji medycznej** na zasadach określonych w art. 27-28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, kopiowania, a także w przypadku, gdyby zakwestionował/a Pan/i ich prawidłowość, do ograniczenia przetwarzania przez okres pozwalający Administratorowi na sprawdzenie prawidłowości danych;
12. **Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, **gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**
13. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** jest obowiązkowe i wynika z art. 25 Ustawy z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisy wydane na podst. art. 30 tej ustawy.
14. **Pani/Pana dane pacjenta nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.**

Podpis pacjenta: