

**Załącznik nr 8**

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

## ZGODA NA BADANIE REZONANS MAGNETYCZNY

**Imię i nazwisko pacjenta** .....

**PESEL** ..... **data urodzenia** .....

**Numer telefonu:** .....

.....  
(Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego Pacjenta w przypadku Pacjenta małoletniego)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Ja niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymałem pisemną informację na temat sposobu wykonania oraz mogących wystąpić powikłaniach w związku z badaniem rezonansem magnetycznym, w tym z podaniem środka kontrastującego, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podania gadolinowego środka kontrastowego. | TAK | NIE |
| Jestem świadomy/a możliwych do wystąpienia powikłań związanych z badaniem rezonansem magnetycznym oraz powikłań podania gadolinowego środka kontrastowego, jak również jestem świadomy/a ograniczonej wartości diagnostycznej rezonansem magnetycznym w razie nie wyrażenia przeze mnie zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.                                                                               | TAK | NIE |
| Oświadczam, że miałem/am możliwość wyjaśnić w sposób nieskrępowany swoje wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny zrozumiałem/am i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.                                                                               | TAK | NIE |

### ŚWIADOMIE WYRAŻAM ZGODĘ NA:

|                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym.                                                                                                                                                                                                  | TAK | NIE |
| Podanie środka kontrastowego do badania rezonansem magnetycznym.                                                                                                                                                                                  | TAK | NIE |
| Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków oraz elementów metalicznych, zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym. | TAK | NIE |

.....  
(data czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego  
W przypadku Pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

**Przyjęta dokumentacja medyczna:**

**TAK**

**NIE**

|                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| Liczba CD: .....     | Liczba kart informacyjnych: ..... |
| Liczba opisów: ..... | Inne: .....                       |

CZYTELNY PODPIS PACJENTA: .....

Odmawiam dołączenia poprzedniej dokumentacji .....

/podpis Pacjenta/

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ : .....

DATA I PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ DOKUMENTACJĘ: .....

**Wypełnia personel medyczny Pracowni MR**

(w przypadku pacjenta hospitalizowanego wypełnia lekarz kierujący na badanie)

**Dokument został przyjęty i sprawdzony**

**UWAGI:**

**Data.....**

**Podpis.....**