

ANKIETA – załącznik do badania REZONANS MAGNETYCZNY kręgosłupa

Imię i nazwisko Pacjenta:

1. Badany odcinek kręgosłupa:

☐ szyjny (C) ☐ piersiowy (Th) ☐ lędźwiowy (LS)

2. Dolegliwości bólowe

☐ NIE ☐ TAK,

- ograniczenie ruchomości ☐ NIE ☐ TAK,

- w jakiej pozycji odczuwany jest ból?

- jakiego ruchu nie można wykonać?

- inne dolegliwości

3. Czy doznał/a Pan/i urazu badanego odcinka kręgosłupa?

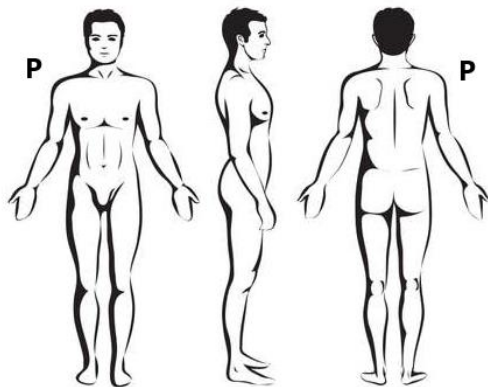
☐ NIE ☐ TAK, proszę podać kiedy:

4. Czy badany odcinek kręgosłupa był poddany zabiegowi operacyjnemu?

☐ NIE

☐ TAK, proszę podać kiedy i jaki rodzaj:

5. Proszę narysować lokalizację i promieniowanie bólu.



6. Czy załączono poprzednie badania? (RTG, USG, TK, MR, inne) ☐ NIE ☐ TAK,

7. Czy załączono karty informacyjne/karty po operacji? ☐ NIE ☐ TAK,

8. Jeżeli nie, to kiedy zostaną dołączone?

9. Odmawiam dołączenia kart informacyjnych/kart po operacji
/podpis Pacjenta/

Wypełnia personel medyczny Pracowni MR	Podpis Pacjenta
Dokument został przyjęty i sprawdzony:	
Data..... Podpis.....	