



Załącznik nr 16

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.

**ANKIETA – załącznik do badania
REZONANS MAGNETYCZNY stawu ramiennego**

Imię i nazwisko Pacjenta:

1. Badany staw ramienny: [] PRAWY [] LEWY

2. Dolegliwości bólowe:

- 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 stawu ?

[] NIE [] TAK, proszę podać kiedy:

4. Czy badany staw był poddany zabiegowi operacyjnemu?

[] NIE

[] TAK, proszę podać kiedy i jaki rodzaj:
.....

5. Czy było wykonywane nakłucie stawu ramiennego?

[] NIE [] TAK

6. Czy uprawia Pan/i sport obciążający korpus i staw ramienny? Jeśli tak, to w jakim nasileniu?

[] NIE

[] TAK, proszę podać o jakim nasileniu

[] wyczynowo [] amatorsko

[] codziennie [] raz w tygodniu [] okazjonalnie

7. Czy załączono poprzednie badania? (RTG, USG, TK, MR, inne) [] NIE [] TAK,

8. Czy załączono karty informacyjne/karty po operacji? [] NIE [] TAK,

9. Jeżeli nie, to kiedy zostaną dołączone?

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

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