



## SKIEROWANIE DO PRACOWNI MR

Proszę o badanie.....

u Pana(i).....lat.....

Adres.....

Kod pocztowy

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

telefon .....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod (ICD10).....

Cel badania (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

Krótki wywiad, przebyte zabiegi operacyjne.....

.....  
podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego

.....  
podpis/pieczątka lekarza kierującego

.....  
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL pacjenta

numer telefonu

.....  
badana część ciała/adnotacje

ANKIETA PACJENTA **PROSZĘ ZAZNACZYĆ W KÓŁKO PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ**

WCZEŚNIEJSZE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Gdzie i kiedy.....NIE TAK

WCZEŚNIEJSZE BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Gdzie i kiedy..... NIE TAK

**ROZRUSZNIK SERCA LUB INNE CIAŁA METALICZNE W ORGANIZMIE..... NIE TAK**

Jeżeli tak to jaki

.....  
PRZEBYTE OPERACJE

Jakie i kiedy.....

.....  
**ZAŁOŻONE W TRAKCIE ZABIEGÓW METALOWE SZWY, KLIPSY, IMPLANTY .....NIE TAK**

\*CZY JEST PANI W CIĄŻY .....NIE TAK miesiąc.....

\*Czy karmi pani piersią?.....NIE TAK

CZY OBAWIA SIĘ PAN(I) PRZEBYWANIA W CIASNYCH POMIESZCZENIACH .....NIE TAK

UCZULENIA NA ŚRODKI CIENIUJĄCE I INNE LEKI .....NIE TAK

Jeżeli tak to na jakie .....

CHOROBY PRZEBYTE LUB AKTUALNIE LECZONE (w szczególności serca, nerek, układu limfatycznego,  
**zakaźne-COVID-19**)

.....  
WYRAŻAM ZGODĘ NA EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO DOŻYLNIE?.....NIE TAK

*\*Środek cieniujący (kontrast) jest podawany dożylnie w trakcie badania, w celu wyjaśnienia wątpliwości. Podanie środka kontrastowego może wiązać się z wystąpieniem reakcji uczuleniowej.*

**PODAJĘ SVOJE DANE DOTYCZĄCE ZDROWIA DOBROWOLNIE DO PRZETWARZANIA PRZEZ UPOWAŻNIONY PERSONEL DIAGNOSIS W CELU NALEŻYTEGO WYKONANIA PROPONOWANEGO MI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO. ŚWIADOMIE ZGADZAM SIĘ NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE REZONANSEM MAGNETYCZNYM**

.....  
Podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego

## Obowiązek informacyjny RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 a dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), podmiot leczniczy informuje, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Diagnostyka Obrazowa Diagnosis Sp. z o. o. siedzibą 36-047 Niechobrz 976. Kontakt z osobą odpowiedzialną jest możliwy osobiście, telefonicznie pod numerem 664 020 404 , lub mailowo pod adresem; rodo@nzoz-diagnosis.com.pl
- 2) Celem przetwarzania Państwa danych dotyczących tożsamości oraz danych dotyczących zdrowia jest sumienne, bezpieczne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz rozliczenie tej wizyty z płatnikiem. Zakres operacji przetwarzania danych jest niezbędny do wykonania badania i spełnienia obowiązków prawnych. Dane z nagrania monitoringu są utrwalane i wykorzystywane tylko dla celów dowodowych w przypadku wystąpienia incydentu naruszenia prawa.
- 3) Państwa dane są przetwarzane zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. Dane w formie elektronicznej podlegają automatycznemu grupowaniu tworząc historię Państwa badań. Okres przechowywania adekwatnie zabezpieczonych danych wynosi 20lat. Pełna treść informacji oraz praw wraz z obowiązującymi podstawami prawnymi dostępna jest na stronie internetowej lub w rejestracji danej placówki.
- 4) Z uwagi na konieczność dokładnego ustalenia tożsamości oraz Państwa stanu zdrowia przed wykonaniem świadczenia zdrowotnego, odmowa podania wyczerpujących informacji będzie skutkować odmową wykonania badania.

Oświadczam iż, zapoznałem/zapoznałam się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania moich danych w Diagnostyka Obrazowa Diagnosis:

.....  
**data i czytelny podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego**

### UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią:

.....  
*Imię i nazwisko osoby upoważnionej*

.....  
*PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej*

do odbioru mojego wyniku badania MR z dnia ..... *data badania*