UWAGA!

Badanie rezonansem magnetycznym MRI

1. Badanie MRI nie może być wykonywane u pacjentów z metalicznym ciałem obcym (w obrębie gałki ocznej lub innych tkanek miękkich), z wszczepionym elektrostymulatorem serca lub implantem ślimakowym.
2. Nie zaleca się wykonywania badań MRI w 1 trymestrze ciąży.
3. Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza nie jest przeciwwskazaniem do badania.
4. W przypadku badania osób niepełnoletnich wymagana jest pisemna zgoda rodziców lub opiekunów oraz ich obecność w czasie badania.
5. Nie należy stosować makijażu w przypadku badania okolic głowy.
6. W przypadku posiadania w ciele pooperacyjnych wszczepów metalowych, konieczne jest przed badaniem ustalenie rodzaju materiału lub nazwy fabrycznej wszczepu metalowego.
7. Czas badania MRI wynosi 30–60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu. Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, koniecznie jest wcześniejsze ustalenie z pracownią sedacji pacjenta przez lekarza anestezjologa.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności stosowaną przez Newmedical sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku. Rozumiem wskazane tam zasady, w szczególności zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania moich danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów.

Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przez mnie w stosowanych przez Newmedical sp. z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przez mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli i monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.

Zezwalam na przekazywanie przekazanych przez mnie danych zaufanym Partnerom Newmedical sp. z o.o., w szczególności podmiotom wykonującym określone badania lub dokonującym ich interpretacji. Wyrażam także zgodę na przesyłanie tych danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email, bez szyfrowania.

New Medical+

Badanie diagnostyczne

New Medical+

Skierowanie

pieczęć jednostki kierującej (adres, telefon)
numer identyfikacyjny umowy lub świadczeniodawcy

☐ Rezonans magnetyczny

..... Numer badania

..... / ..... / 20..... Data wystawienia skierowania

Imię i nazwisko pacjenta:

Wypełnić drukowanymi literami

PESEL pacjenta:

Numer telefonu pacjenta:

Adres pacjenta:

Proszę o badanie .....

Rozpoznanie ..... KOD ICD-10:

Cel badania .....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....

pieczątka i podpis lekarza kierującego

Data zgłoszenia: ..... / ..... / 20.....

Data planowanego badania: ..... / ..... / 20.....

www.nmedical.pl