

АНКЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ
ANKIETA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

ЧИ МАЄТЕ ВИ: CZY POSIADA PAN / PANI:

ТАК НІЕ

КАРДІОСТИМУЛЯТОР, ДЕФІБРИЛЯТОР-КАРДІОВЕРТЕР ROZRUSZNIK SERCA ; DEFIBRYLATOR-KARDIOWERTER	ТАК	НІ
КОРОНАРНІ СТЕНТИ якщо ТАК , вкажіть дату процедури STENTY WIEŃCOWE jeśli TAK, to proszę podać datę zabiegu	ТАК	НІ
ЗАТИЧКАЧІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ АНЕВРИЗМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ, АОРТИ KLIPSY PO OPERACJI TĘTNIAKA MÓZGU, AORTY	ТАК	НІ
ШЛУНОЧКОВІ АБО СПИННОМОЗКОВІ КЛАПАНИ В НЕРВОВІЙ СИСТЕМІ ZASTAWKI KOMOROWE LUB RDZENIOWE W UKŁADZIE NERWOWYM	ТАК	НІ
ЕЛЕКТРОННІ ІМПЛАНТИ НЕЙРОСТИМУЛЯТОРИ, БІОСТИМУЛЯТОРИ, ІНСУЛІНОВУ ПОМПУ АБО ІНШІ ПРИСТРОЇ ВВЕДЕННЯ ЛІКІВ ELEKTRONICZNE IMPLANTY: NEUROSTYMULATORY, BIOSTYMULATOR, POMPA INSULINOWA LUB INNE URZĄDZENIA PODAJĄCE LEKI	ТАК	НІ
МЕТАЛЕВІ ГВИНТИ АБО ОРТОПЕДИЧНІ ПЛАСТИНИ МЕТАЛЕВИЙ ПРОТЕЗ АБО ПРОТЕЗ СУГЛОБІВ METALOWE GWOŹDZIE LUB PŁYTKI ORTOPEDYCZNE; SZTUCZNĄ KOŃCZYNĘ METALOWE PROTEZY STAWÓW	ТАК	НІ
МЕТАЛЕВІ СТОРОННІ ПРЕДМЕТИ, ОСКОЛКИ В ТІЛІ АБО ШКІРІ (інше: виконання робіт з обробки металів) ОСКОЛКИ В ОЧНОМУ ЯБЛУКУ (наприклад, осколки металу або очний протез) METALOWE CIAŁA OBCE, ODŁAMKI W CIELE LUB SKÓRZE (inne: wykonywanie pracy z opiłkami metalu); ОПІЛКИ В ГАЛЦЕ ОЧНЕЙ (np. opiłki żelaza lub proteza oczna)	ТАК	НІ
СЛУХОВИЙ АПАРАТ У ВНУТРІШНЬОМУ АБО СЕРЕДНЬОМУ ВУСІ, КОХЛЕАРНИЙ ІМПЛАНТАТ APARAT SŁUCHOWY W UCHU WEWNĘTRZNYM LUB ŚRODKOWYM, WSZCZEP ŚLIMAKA	ТАК	НІ
ОРТОДОНТИЧНІ ПРИСТРОЇ, ЗУБНІ МІСТКИ, ЗУБНІ ПРОТЕЗИ APARATY ORTODONTYCZNE, MOSTKI ZĘBOWE, PROTEZY ZĘBOWE	ТАК	НІ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ МЕТАЛЕВІ ЗАТИСКАЧІ, МЕТАЛЕВІ ХІРУРГІЧНІ ШВИ	ТАК	НІ

POOPERACYJNE KLIPSY METALOWE; SZWY CHIRURGICZNE METALOWE		
ШЛУНОЧКОВО-ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ШУНТ ZASTAWKA KOMOROWO – OTRZEWNOWA	TAK	NI
ТАТУАЖ АБО ПЕРМАНЕНТНИЙ МАКІЯЖ, МЕТАЛЕВІ ПРИКРАСИ В ТІЛІ TATUAŻ LUB PERMANENTNY MAKIJAŻ; METALOWE OZDOBY W CIELE	TAK	NI

ЧИ ДІАГНОСТУВАЛИ У ВАС: CZY WYSTĘPOWAŁY U PANA /PANI KIEDYKOLWIEK:

СТРАХ ЗАКРИТОГО ПРИМІЩЕННЯ – КЛАУСТРОФОБІЯ LĘK PRZED ZAMKNIĘTYMI POMIESZCZENIAMI – KLAUSTROFOBIA	TAK	NI
ВАЖКІ ПОРУШЕННЯ РОБОТИ НИРОК? CIĘŻKIE ZABURZENIA PRACY NEREK?	TAK	NI
АЛЕРГІЮ, АСТМУ? (НА ЩО?) ALERGIA, ASTMA? (NA CO?)	TAK	NI
ЧИ ВИ ВАГІТНА? Якщо ТАК , то вкажіть місяць, тиждень вагітності CZY JEST PANI W CIĄŻY ? Jeżeli ТАК , to proszę podać miesiąc, tydzień ciąży	TAK	NI
ЧИ БУЛА У ВАС АЛЕРГІЧНА РЕАКЦІЯ НА КОНТРАСТНУ РЕЧОВИНУ, ЩО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ПРИ МЕДИЧНІЙ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ? CZY WYSTĄPIŁA KIEDYKOLWIEK REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST STOSOWANY W BADANIACH OBRAZOWYCH?	TAK	NI

Заявляю, що надана мною інформація є правдивою.

Oświadczam, że przedstawione powyżej informacje są prawdziwe.

.....
(дата і підпис пацієнта)

(data i podpis pacjenta)

.....
(дата і розбірливий підпис законного представника або уповноваженої особи)

(data i czytelny podpis jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)