



Data badania:

Imię i nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

Numer telefonu:



Prosimy o udzielanie szczerych, dokładnych odpowiedzi - niezbędne jest interpretowanie znalezisk radiologicznych wraz z objawami klinicznymi Pacjenta, ponieważ różne jednostki chorobowe oraz stany prawidłowe mogą mieć zbliżony obraz radiologiczny, natomiast objawy kliniczne bywają zupełnie odmienne.

Z powodu jakich dolegliwości zgłosił się Pan/Pani na badanie rezonansem magnetycznym w dniu dzisiejszym? Proszę podać:

okolicę ciała:

jak długo trwają objawy:

rodzaj dolegliwości:

Czy wcześniej była już przeprowadzana diagnostyka tego obszaru?

▶ RTG	TAK	NIE
-------	-----	-----

▶ TOMOGRAFIA	TAK	NIE
--------------	-----	-----

▶ REZONANS MAGNETYCZNY	TAK	NIE
------------------------	-----	-----

▶ USG	TAK	NIE
-------	-----	-----

Jeśli tak, to czy posiada Pan/Pani poprzednie opisy i płytki z badaniami, aby można było dokonać oceny porównawczej?	TAK	NIE
--	-----	-----

Czy leczy się Pan/Pani przewlekłe?

Jeśli tak, proszę wymienić na jakie choroby	TAK	NIE
---	-----	-----

Czy w przeszłości były przeprowadzone zabiegi operacyjne?

▶ artroskopia stawu		
jeśli tak, proszę opisać jakiej okolicy ciała dotyczyły oraz w którym roku wykonywany był zabieg	TAK	NIE

▶ endoprotezoplastyka stawu		
jeśli tak, proszę opisać jakiej okolicy ciała dotyczyły oraz w którym roku wykonywany był zabieg	TAK	NIE

Centrum Medyczne Zdrowie zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

Informacja o administratorze danych:

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Zdrowie Plus Sp. z o.o., ul. Karcówkowska 45, 25-713 Kielce, REGON 260214923, NIP 657-277-61-82. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.