

OŚWIADCZENIE

Nazwisko imię _____

data urodzenia _____

Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na badanie rezonansu magnetycznego wykonywane przez zespół lekarzy, pielęgniarek i techników elektroradiologii Pracowni Rezonansu Magnetycznego „PRO-SCAN” według obowiązujących standardów i zgodnie ze sztuką i wiedzą medyczną. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z obowiązującym mnie regulaminem wykonywania tego badania.

Oświadczam, że miałem/łam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/łam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Informuję również, że zapoznałem(łam) się z metodą wykonywania badania i możliwymi do wystąpienia u mnie skutkami ubocznymi. Oświadczam jednocześnie, że nie będę rościł/a w przyszłości żadnych pretensji do personelu badającego w przypadku wystąpienia tych skutków u mnie.

Oświadczam także, że nie zataiłem /łam żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, czy przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/łam wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam również, że w chwili obecnej :

1. nie jestem hospitalizowany/na
2. nie przebywam na przepustce związanej z leczeniem stacjonarnym

- rehabilitacją stacjonarną
- rehabilitacją kardiologiczną
- turnusem zdrowotnym
- sanatorium
- innymi

Informuję, że miałem/łam możliwość zadawania pytań i udzielono mi pełnej informacji w powyższej sprawie. Jednocześnie zostałem/łam poinformowany/a, że w przypadku podania nieprawdziwych danych ponoszę pełny koszt badania oraz zobowiązuję się do natychmiastowego uregulowania faktury za przeprowadzone badanie.

Data: _____

Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna: _____