

FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MRI)	BADANIE PRYWATNE WYPEŁNIA PACJENT Data:
--	--

Formularz zgłoszeniowy - nie jest skierowaniem lekarskim.

1. DANE PACJENTA	
Imię i nazwisko	
PESEL / data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Telefon / e-mail	
2. PLANOWANE BADANIE	
Okolica / narząd	
Rodzaj badania	☐ MRI bez kontrastu ☐ MRI z kontrastem* ☐ nie wiem
Strona	☐ prawa ☐ lewa ☐ obustronnie ☐ nie dotyczy

** O podaniu środka kontrastowego ostatecznie decyduje personel medyczny.*

3. POWÓD ZGŁOSZENIA / OBJAWY

Dlaczego chce Pan/Pani wykonać badanie?

.....

.....

Od kiedy występują objawy / problem?

.....

4. DOTYCHCZASOWA DIAGNOSTYKA

Czy wykonywano wcześniej badania dotyczące tego problemu? Jak i kiedy?

.....

.....

Czy posiada Pan/Pani wcześniejsze wyniki / opisy badań / płyty CD?

.....

