



FORMULARZ ZGODY PRZED BADANIEM MRI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL

PRAWDŁOWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM

1. Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne takie jak: rozrusznik serca, wewnętrzny aparat słuchowy, wszczep ślimaka, ciała obce w oku, plastikę kosteczek słuchowych, pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki uniemożliwiające wykonanie badania MRI	TAK	NIE
2. Czy pacjent posiada jakiegokolwiek wszczepy mechaniczne lub magnetyczne?	TAK	NIE
3. Czy pacjent posiada wszczepy takie jak? klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne jeżeli tak proszę podkreślić właściwe	TAK	NIE
4. Czy pacjent posiada? protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opilki metalu w ciele jeśli tak proszę podkreślić właściwe	TAK	NIE
5. Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje, jeśli tak proszę podać jakie	TAK	NIE
ZGODA PACJENTA /RODZICÓW, OPIEKUNÓW LUB PEŁNOMOCNIKÓW/ NA WYKONANIE BADANIA W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego wyrażam na to zgodę PODPIS PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Jeżeli tak proszę podać na jakie?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na: tarczycę, nerki, wątrobę, astmę, nadciśnienie, padaczkę, cukrzycę? Jeżeli tak proszę podkreślić właściwe	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE

1. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku grożących mi w związku z badaniem powikłań, a w przypadku ich wystąpienia przyjmuję do wiadomości konieczność dalszego postępowania medycznego /infuzje, iniekcje/ w czasie i po badaniu.
2. Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dodatkowe zabiegi oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mojego zdrowia.
3. Przekazana mi informacja jest w pełni zrozumiała.
4. Po podjęciu samodzielnej decyzji, **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na** na wykonanie badania (niepotrzebne skreślić)
5. Oświadczam, że umożliwiono mi zadawanie pytań dotyczących niniejszego badania oraz tego dokumentu. Otrzymałem/am zadowalające odpowiedzi na wszystkie moje pytania.
6. Wyrażam świadomą zgodę na wykorzystanie moich danych medycznych i obrazowych do danych naukowych.
7. Oświadczam, że nie jestem a w ciąży.

Waga pacjenta

.....
Podpis pacjenta // przedstawiciela ustawowego

Data

PRAWDŁOWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM

Odwrócić



Załącznik nr 1 – Klauzula informacyjna

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku

z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; dalej, jako „RODO”) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie ul. Sobieskiego 4, 22-300 Krasnymstaw,

2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych - II piętro pokój 207, numer telefonu 82 54 31 647 e-mail: daneosobowe@spzozkrasnymstaw.pl

3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub w związku z udzieloną zgodą.

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu udzielanie świadczeń zdrowotnych i wykonywanie czynności z tym związanych jak m. in. uzyskanie dostępu do informacji o stanie zdrowia pacjenta, w tym wykonywanie obowiązków z zakresu statystyki medycznej.

5. W związku z przetwarzaniem danych, w celach o których mowa w pkt 4 odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, w tym Narodowy Fundusz Zdrowia;

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie, przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Krasnymstawie

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, który to okres uwzględnić będzie również okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym zwłaszcza w odniesieniu do dokumentacji medycznej okres przewidziany na gruncie przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).

7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

- a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
- b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych;
- c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym),
- d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- e) prawo do przenoszenia danych
- f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

8. W przypadku wymogu uzyskania zgody podanie przez Pana/Panią danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednocześnie w przypadku gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem, w tym w sposób naruszający przepisy RODO, przetwarzaniu Pani/Pana/małoletniego danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane/będą poddawane profilowaniu.

.....
Podpis pacjenta

Dyrektor SPZOZ w Krasnymstawie