

**Информированное добровольное согласие на проведение в ООО «Медицина плюс»
магнитно-резонансной томографии № _____**

Ф., И., О.: _____

Дата рождения: _____

Рост _____ см; Вес _____ кг;

Врачом какой специальности Вы направлены (*подчеркнуть нужное*): невролог, нейрохирург, травматолог, эндокринолог, гинеколог, терапевт, хирург, врачом другой специальности _____

Были ли у Вас операции? _____ Да Нет
Какие? _____

Были ли у Вас ранения? (например, пулей, осколком и т.д.) _____ Да Нет

У Вас было ранение глаза металлическим предметом?
(металлическим осколком, стружкой, инородным телом и т.д.) _____ Да Нет

Была ли у Вас реакция на внутривенное введение контрастных веществ
при МРТ или КТ- исследованиях? _____ Да Нет

Были ли у Вас другие аллергические реакции? _____ Да Нет

Беременны ли Вы, подозреваете беременность, есть ли задержка мц? _____ Да Нет

Страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутого пространства)? _____ Да Нет

Случались ли у Вас спонтанные судорожные припадки или приступы эпилепсии? _____ Да Нет

Проходили ли Вы ранее обследования в связи с заболеванием, в отношении которого проводится
настоящее обследование? _____ Да Нет
Какие? _____

Есть ли у Вас заболевания: ВИЧ, Гепатит, Сифилис, Туберкулез? _____ Да Нет

Укажите, есть ли у Вас что-либо из перечисленного:

Сердечный водитель ритма (кардиостимулятор) _____ Да Нет

Инсулиновая помпа _____ Да Нет

Любой тип внутрисосудистых фильтров _____ Да Нет

Имплантированный слуховой аппарат _____ Да Нет

Клипсы на сосудах _____ Да Нет

Коронарные стенты _____ Да Нет

Протез сердечного клапана _____ Да Нет

Глазной протез _____ Да Нет

Искусственная конечность или сустав _____ Да Нет

Съемные зубные протезы _____ Да Нет

Съемный слуховой аппарат _____ Да Нет

Металлические стержни, пластины, винты, гвозди, зажимы, спицы _____ Да Нет

Татуировка вокруг глаз _____ Да Нет

Я, _____ подтверждаю, что приведенная выше информация верна. Я прочел(а) и понял(а) содержание всей этой формы. Я имел(а) возможность задать вопросы и по поставленным вопросам получил(а) исчерпывающие ответы. Я самостоятельно несу ответственность за неполноту, недостоверность предоставленной информации.

Я согласен(а) на исследование (по направлению / без направления).

Мне разъяснено, что исследование платное, я согласен(а) оплатить оказанные услуги в полном объеме, а также оплатить дополнительное обследование, необходимость в котором возникла по результатам проведенной процедуры.

В случае прерывания исследования, невозможности его проведения по причинам, не связанным с деятельностью ООО «Медицина плюс» и используемого оборудования, согласен(а) оплатить часть установленной цены пропорционально части потраченного времени на процедуру от общей ее стоимости.

Подпись пациента: _____

Дата: _____