FORMULARZ POTWIERDZAJĄCY BEZPIECZEŃSTWO

Załącznik nr 3 do Regulaminu Pracowni Rezonansu Magnetycznego

Wydanie z dnia 05.04.2023 r.

Podając poniższe dane potwierdzam, że nie stwierdza się przeciwwskazań do wykonania badania rezonansu magnetycznego w aparacie 3- teslowym u pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta: ……..……

Data urodzenie i/lub PESEL: ……..……..……

Data zabiegu operacyjnego: ……..

Nazwa i rodzaj implantowanego wyrobu medycznego:
(certyfikat wyrobu medycznego/ material safetly data sheet)

……..……

……
data

……..
podpis i pieczęć lekarza