

Nazwa placówki medycznej

Adres placówki

NIP / REGON / kontakt

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwwskazań do badania rezonansem magnetycznym (MRI) 3T / 1.5T

Niniejszym zaświadcza się, że:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

PESEL:

Posiada wszczepiony następujący element metalowy / implantu / wyrób medyczny:

Nazwa / typ elementu:

Producent:

Model / nr katalogowy (jeśli znany):

Data wszczepienia (jeśli znana):

Na podstawie dostępnych danych producenta, przeglądu literatury medycznej oraz oceny ryzyka stwierdzam, że powyższy element:

(Proszę zaznaczyć!)

☐ Może być bezpiecznie poddany ekspozycji / badaniu w warunkach standardowego systemu MRI 1.5T.

☐ Może być bezpiecznie poddany ekspozycji / badaniu w warunkach standardowego systemu MRI 3T.

Data wystawienia:

Miejscowość:

Podpis i pieczęć lekarza kwalifikującego:

.....
Imię i nazwisko, specjalizacja, nr PWZ