MEDICAL MEDYCYNA
Medical

ZGODA PACJENTA NA BADANIE METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

PESEL | | | | | | | | | | |

Wzrost _____ cm Waga _____ kg

Imię _____

Nazwisko _____

TELEFON _____

EMAIL _____

ANKIETA MEDYCZNA

Odpowiednie pole zanaczyć “X”

!

W trosce o Państwa bezpieczeństwo przed badaniem TK należy wypełnić poniższy formularz. Informacje zostaną objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów pozamedycznych.

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na podanie środka cieniującego?		
Czy były wykonywane wcześniej badania ze środkiem cieniującym? (Urografia, TK, Koronografia)		
Czy pojawiły się w poprzednich badaniach reakcje alergiczne - np. pokrzywka, wymioty?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy występowały u Pani/Pana kiedykolwiek reakcje alergiczne na leki, pokarmy?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy kiedykolwiek miała/miał Pani/Pan wykonywane jakiekolwiek operacje?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy występują u Pani/Pana:		
Choroby tarczycy		
Choroby nerek - np. niewydolność		
Nadciśnienie tętnicze		
Choroby układu nerwowego - np. padaczka, utrata przytomności		
Astma oskrzelowa		
Cukrzyca		
Przebyte choroby zakaźne		
Jeżeli tak, proszę podać jakie choroby zakaźne		

OŚWIADCZENIA

Odpowiednie pole zanaczyć “X”

	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego.		
Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz formie wyników badania.		
Miałam/Miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz uzyskałem zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.		
Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałam/miałem wystarczającą ilość czasu.		
Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz nie zataiłam/zataiłem żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przyjmowanych leków będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.		
Wyrażam zgodę na badanie metodą tomografii komputerowej.		
Wyrażam zgodę na wydanie wyniku badania innej osobie.		

WYWIAD I WYNIKI BADAŃ

TK, MR, RTG, ECHO, scyntygrafii, endoskopowych, hist-pat, laboratoryjnych, przebyte choroby, główne dolegliwości, zabiegi operacyjne.

.....

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

PRZED BADANIEM SPRAWDZONO TOŻSAMOŚĆ I UBEZPIECZENIE PACJENTA

..... (podpis rejestracji)

..... (podpis technika)

Cena badania [ ] zł

Cena kontrastu [ ] zł

..... data, miejscowość

..... czytelny podpis pacjenta

MEDICAL MEDYCYNA SP. zo.o. zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.