

Nr badania

Data badania

Pieczęć zakładu realizującego

Płatnik świadczenia

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

PESEL:

Adres e-mail:

DRUKOWANYMI LITERAMI

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

Miasto:

Waga pacjenta:

! Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z rodzicem lub prawnym opiekunem

Wzrost pacjenta:

Poziom kreatyniny:

1. Rodzaj badania Tomografem Komputerowym

2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co badanie ma wyjaśnić?)

Lekarz kierujący:

Zlecenie lekarskie

! WYPEŁNIA PRACOWNIK

Lp.	Zlecenia	Dawka	Podpis lekarza zlecającego	Podpis osoby wykonującej
1	Ultravist 370			
2	Iomeron 350			
3	Omnipaque 350			
4				
5				
6				
7				

Osoba obsługująca pacjenta

Technik wykonujący badanie

CD WYDANO

WYNIK WYDANO

Upzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

TAK NIE

	TAK	NIE
1. Dotyczy kobiet: Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jod?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy miał/miała Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem jodowego kontrastu? (np. urografia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani powikłania? Jeśli tak to jakie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy poinformowano Pana/Panią o możliwości podania kontrastu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem dożylnie środka kontrastowego wyraża Pan/Pani na to zgodę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na np. leki, pokarmy, substancję chemiczne? Jeśli tak, to na jakie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/(a)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy rozpoznano u Pana/Pani niewydolność nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy choruje Pan/Pani na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to na jaką? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czy ma Pan/Pani nadczynność tarczycy? Jeśli tak, to proszę napisać czy jest Pan/Pani leczony(a) i jakim lekiem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czy choruje Pan/Pani na choroby serca? Proszę zaznaczyć właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, szpiczaka mnogiego? Pacjenci leczeni doustnym lekiem przeciwcukrzycowym (metforminą) powinni wstrzymać się od przyjmowania tego leku na 48 godzin przed badaniem i 24 godziny po badaniu TK z użyciem dożylnie jodowego środka cieniującego!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ: Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email, bez szyfrowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upoważniam/ nie upoważniam Panią/ Pana _____ legitymującą/ legitymującego się (nr dowodu, PESEL) _____ do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, składania wniosku o wydanie dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.		

Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności stosowaną przez POLMED Diagnostyka z siedzibą w Gdańsku. Rozumiem wskazane tam zasady, w szczególności zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania moich danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów. Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przeze mnie w stosowanych przez POLMED Diagnostyka sp. z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przeze mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam jednocześnie, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie wyczerpujące odpowiedzi. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania.

Zgodę na badanie wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/am wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/q wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Data i podpis pacjenta