

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

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

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 środka kontrastowego? (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 Pan/Pani choruje na choroby tarczycy? _____	<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?	<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? lub na o. dzienny rehabilitacyjny, psychiatryczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLMED Diagnostyka Sp. z o. o. oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom grupy POLMED, w celach marketingowych i statystycznych oraz na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną. Informujemy, że udostępnienie danych osobowych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również prawo do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych. W skład grupy POLMED wchodzi POLMED S.A., POLMED ZDROWIE Sp. z o.o., POLMED Innovation Sp. z o. o., POLMED Diagnostyka Sp. z o.o., Starmedica Diagnostics Sp. z o.o. Szpital Rehabilitacyjny Jantar Sp. z o.o., POLMED Development Sp. z o. o.)	<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. 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/ą wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Data i podpis pacjenta