

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?		
2. Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na jod?		
3. Czy miał/miała Pan/Pani badanie z dożylnym podaniem środka kontrastowego? (np. urografia)		
4. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły u Pana/Pani powikłania? Jeśli tak to jakie? _____		
5. Czy poinformowano Pana/Panią o możliwości podania kontrastu?		
6. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem dożylnie środka kontrastowego wyraża Pan/Pani na to zgodę?		
7. Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na np. leki, pokarmy, substancję chemiczne? Jeśli tak, to na jakie? _____		
8. Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową? Jeśli tak, to jakim lekiem jest Pan/Pani leczony/(a)? _____		
9. Czy rozpoznano u Pana/Pani niewydolność nerek?		
10. Czy choruje Pan/Pani na inną chorobę nerek? Jeśli tak, to na jaką? _____		
11. Czy Pan/Pani choruje na choroby tarczycy? _____		
12. Czy choruje Pan/Pani na choroby serca? Proszę zaznaczyć właściwą: nadciśnienie, niewydolność krążenia, choroba wieńcowa, zaburzenia rytmu serca		
13. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, szpiczaka mnogiego?		
14. Czy choruje Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (udar, padaczka, utraty przytomności)		
15. Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ: Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu lub na oddziale dziennym rehabilitacyjnym, psychiatrycznym?		
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLMED Diagnostyka Sp. z o. o. oraz na udostępnianie tych danych innym podmiotom POLMED Healthcare Group, 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 Aktualny skład Grupy POLMED znajduje się tu: https://polmed.pl/o-nas/		
Wyrażam też zgodę, aby moja dokumentacja medyczna (w tym wyniki badania, na które wyrażam zgodę) była dostępna dla wszystkich podmiotów leczniczych z Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to pomocne do zaoferowania mi pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych Grupy POLMED, w tym celu podmioty z Grupy POLMED mogą kontaktować się ze mną drogą elektroniczną (email _____) lub telefonicznie (_____).		

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.

Dysponując niezbędną ilością czasu zapoznałem/am się z przekazanymi mi informacjami oraz treścią dokumentu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz, że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomy/q wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych. Biorę pełną odpowiedzialność za podanie przez siebie informacje. Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Uzyskałem/am odpowiedzi na wszystkie zadane pytania dotyczące przedmiotowego świadczenia medycznego. Wyrażam zrozumiałą i świadomą zgodę na przeprowadzenie badania.

Rozumiem, że w związku ze współpracą podmiotów w ramach Grupy POLMED, moja dokumentacja medyczna będzie udostępniana podmiotom w ramach Grupy POLMED w zakresie, w jakim jest to niezbędne w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Imię i nazwisko pacjenta

Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego pacjenta