ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

Imie i Nazwisko Pacjenta

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Waga

PYTANIE	ODPOWIEDŹ (proszę zakreślić poprawną)	
Czy choruje Pan/Pani na serce lub ma jakiekolwiek dolegliwości? (choroba wieńcowa, zawał serca, zaburzenia rytmu, nadciśnienie)	TAK	NIE
Czy chorował/chorowała Pan/Pani na płuca? (zapalenie płuc, częste zapalenie oskrzeli, astma)	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani uczulony/uczulona ? (leki, plaster, jod, pokarmy, pyłki roślin, inne substancje chemiczne)	TAK	NIE
Czy chorował/chorowała Pan/Pani na choroby układu nerwowego? (bóle głowy, utrata przytomności, udar, padaczka, bóle korzonkowe)	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na wątrobę lub nerki ? (żółtaczka, kamica)	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne ? (niedoczynność, nadczynność tarczycy, cukrzyca inne)	TAK	NIE
Czy miał/miała Pan/Pani podawane środki kontrastowe? (czy przy ich podaniu towarzyszyły jakieś skutki uboczne, powikłania)	TAK	NIE
Czy przyjmował/przyjmowała Pan/Pani ostatnio jakieś leki ? (zastrzyki, tabletki, czopki, środki antykoncepcyjne)	TAK	NIE
Czy używa Pan/Pani soczewek kontaktowych lub protez zębowych ?	TAK	NIE
Czy pali Pan/Pani papierosy ?	TAK	NIE
Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży ?	TAK	NIE
Czy może Pan/Pani pozostawać w pozycji leżącej ?	TAK	NIE

Niniejszym oświadczam, że podane wyżej pytania są dla mnie zrozumiałe, a odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym i nie zataiłem żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia.

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie u mnie/ u mojego dziecka badania Tomografii Komputerowej w NZOZ ALMED Przychodnia Specjalistyczno-Diagnostyczna, Pracownia Elektronowej Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego, ul. Szpitalna 16, 37-200 Przeworsk lub Pracownia Tomografii Komputerowej ul. Grunwaldzka 4, 36-100 Kolbuszowa

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na ewentualne dożylne podanie mi/mojemu dziecku środka kontrastującego w trakcie przeprowadzania badania.

(W przypadku kobiet) **Oświadczam**, że nie jestem w ciąży (co stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania).

OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE UPOWAŻANIAM……
DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA, UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO OTRZYMYWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZARÓWNO ZA ŻYCIA JAK I PO ŚMIERCI.
JEDNOCZEŚNIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W CELACH LECZNICZYCH.

Data i Miejsce

Czytelny podpis Pacjenta lub Przedstawiciela

Czytelny podpis osoby przeprowadzającą ankietę