SZPITAL OGÓLNY im. dr Witolda Ginela w Grajewie	ANKIETA	A-DO3-001-2
	BADANIE TOMOGRAFICZNE Ankieta dla pacjenta	strona/ ilość stron **1/ 1**
	Diagnostyka Obrazowa (DO)	Data wprowadzenia 01.08.2020r. Data ostatniej aktualizacji

ANKIETA

Nazwisko i imię ……..……...

PESEL											

Czy jest Pani/Pan na czczo?	TAK ☐	NIE ☐
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan podawane środki kontrastowe?	TAK ☐	NIE ☐
Jeśli tak to czy wystąpiły reakcje uboczne?	TAK ☐	NIE ☐
Czy wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe na leki?	TAK ☐	NIE ☐
Jeśli tak to jakie? ……		
Czy choruje Pani/Pan na: serce, nerki, tarczycę, astmę, cukrzycę, padaczkę ?	TAK ☐	NIE ☐
Pytanie dotyczące kobiet:		
Czy jest Pani w ciąży?	TAK ☐	NIE ☐

1. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej wiedzy. Przeczytałam/em i zrozumiałam/em całą treść formularza, miałam/em możliwość zadawania pytań odnośnie zawartych w nich informacji i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania Tomografem Komputerowym.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o konieczności podania środka kontrastowego w trakcie badania TK oraz o ewentualnych reakcjach ubocznych związanych z jego podaniem. Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego.
3. Oświadczam, że w dniu badania nie jestem w ciąży.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach medycznych przez Zakład Diagnostyki Obrazowej Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie wyniku badania podmiotowi kierującemu.
6. Upoważniam do odbioru mojego wyniku badania:……..

…….
Data i podpis pacjenta lub opiekuna

……
Podpis lekarza