

## ANKIETA do wypełnienia przez pacjenta

1. Badanie TK wiąże się z obciążeniem pacjenta dawką promieniowania jonizującego (RTG).
2. Po dożylnym podaniu jodowego środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje uboczne i alergiczne.
3. Na badanie pacjent powinien zgłaszać się na czczo (co najmniej 5 godzin)
4. Na badanie miednicy pacjent zgłasza się po przeczyszczeniu jelit w dniu poprzedzającym badanie (np. doustnie preparat Fortrans).

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....**

Czy wcześniej pacjent(ka) miał(a) podawane środki kontrastowe? <b>Jeśli tak, to podać w trakcie jakich badań i kiedy?</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy po podaniu środków kontrastowych wystąpiły objawy uboczne? Jeśli tak to jakie?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) choruje na niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę? Czy przyjmuje doustne leki na cukrzycę i inne choroby, jeśli tak to jakie?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) choruje na astmę, jest alergikiem lub miał reakcje uczuleniowe na leki? Jeśli tak to jakie?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma nadczynność tarczycy? Czy choruje na inne choroby tarczycy? Jakie?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy ma inne choroby nerek? Jakie?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) jest od 5 godzin bez jedzenia i picia?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wynik poziomu kreatyniny w surowicy.	kreatynina .....	
	data badania .....	
Potwierdzam pozostawienie w pracowni dokumentacji medycznej (proszę podać rodzaj i ilość pozostawionych dokumentów):		
<b>WAGA PACJENTA:.....</b>		
Proszę wypisać przebyte zabiegi operacyjne; aktualne lub przebyte choroby onkologiczne:		
Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że przeczytałem(am), zrozumiałem(am) i biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie powyższe informacje.	..... (podpis pacjenta lub osoby sprawującej opiekę prawną)	

**POTWIERDZAM ODBIÓR BADANIA (data i podpis pacjenta).....**

## OŚWIADCZENIE PACJENTA lub OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ PRAWNĄ

Opracowane na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. nr 252 poz. 1697, tekst jednolity)

Ja (imię i nazwisko) ..... PESEL .....

wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i dożylne podanie środka cieniującego u mnie lub osoby pozostającej pod moją opieką prawną, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o możliwości wystąpienia skutków ubocznych podania kontrastu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych i oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

- dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej; w celu realizacji umowy na świadczenie usług medycznych; w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych;

↪ posiadam prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;

Informujemy, że podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem medycznym jest obligatoryjne.

Informujemy, że zgodnie z Rozporządzeniem o Ochronie Danych osobowych (inaczej RODO) z dnia 26 kwietnia 2016 roku Administratorem Państwa danych osobowych, jest Unimex Sp. z o.o. (podmiot który utworzył – CENTRUM DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SKANMEX DIAGNOSTYKA we Wrocławiu, zarejestrowane w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego pod numerem 000000022644) oraz Unimex Skanmex Marek Skorulski (NIP 8991014667, Numer REGON 930487114). Dane Osobowe będą wykorzystywane dla celów kontaktu i świadczenia usług diagnostyki medycznej oraz w celu realizacji umowy na świadczenie usług medycznych, w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych znajdują Państwo na naszej stronie internetowej [www.skanmex.pl](http://www.skanmex.pl) w zakładce „O Firmie” OCHRONA DANYCH OSOBOWY (<https://skanmex.pl/o-firmie/#rodo>);

.....  
(data i podpis pacjenta)

**Wyrażam zgodę** na wysłanie SMS-a na podany przeze mnie nr telefonu z informacją o gotowym do odebrania wyniku badania TK numer tel.....

**upoważniam** osobę (imię i nazwisko)/ podmiot (pełna nazwa) .....

.....  
adres / telefon .....

.....  
do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (odbiór wyniku).

**nie upoważniam** żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
(data i podpis pacjenta)

.....  
czytelny podpis pracownika rejestracji