

TK

ANKIETA PRZED BADANIEM TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK/CT)

Badanie wykorzystuje promieniowanie rentgenowskie i powoduje napromieniowanie pacjenta w czasie badania. **Dawka promieniowania jest różna dla różnych badań, ale dopuszczalna dla diagnostyki.**

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

RODZAJ BADANIA :

Wywiad (dolegliwości, urazy itp.) :

CZY JEST TO PIERWSZE BADANIE TEJ OKOLICY CIAŁA (proszę zaznaczyć) : **TAK** **NIE ***

* **POPZEDNIE BADANIE / BADANIA** BYŁY (kiedy) :

**JEŚLI BYŁY POPZEDNIE BADANIA KONIECZNE JEST DOSTARCZENIE PŁYT.
!!! BRAK PŁYT Z POPZEDNICH BADAŃ SKUTKUJE BRAKIEM PORÓWNIANIA W OPISIE**

Data badania / / r

Płeć **K** **M**

Nazwisko

Wzrost:cm

Imię

Waga:kg

PESEL

Adres zamieszkania : ul.

Kod pocztowy : Miejscowość :

Numer telefonu :

Badanie Tomografii Komputerowej może być wykonane wyłącznie na zlecenie lekarza – skierowanie powinno zawierać wszystkie dane niezbędne do prawidłowego wykonania procedury (DU.05.194.1625 dn. 25.08.2005) Przeciwwskazaniem bezwzględnym do wykonania badania jest CIAŻA.

PYTANIA DLA PACJENTEK : (proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź)

Czy jest Pani w ciąży		
Czy karmi Pani piersią		

OPIS BADANIA : wydawany jest w terminie **14 dni** roboczych od daty wykonania badania.

Ja niej podpisany /a oświadczam że :

- Wyrażam zgodę na badanie Tomografem komputerowym
- Zostałem(łam) poinformowany o **KOSZTACH** i zobowiązuję się do ich zapłaty.
- Oświadczam, że nie zataiłem(łam) żadnych informacji o stanie mojego zdrowia.

.....
data i podpis pacjenta

- Oświadczam, że **osobą upoważnioną** do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań jest :

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

- Oświadczam, że **nie upoważniam żadnej osoby** do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań

.....
data i podpis pacjenta