



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie 9

ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) lub RTG

Strona: 1

Stron: 2

Data: 21.01.2019

.....
imię i nazwisko pacjenta/pacjentki

.....
data urodzenia

waga ciała (orientacyjnie)

wzrost (orientacyjnie)

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Proszę zaznaczyć (☒ lub ☑) prawidłową odpowiedź

Wypełniają Pacjenci i Pacjentki

Czy w przeszłości wykonane było badanie TK illub MR illub RTG z podaniem środka kontrastowego? TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, inne) Jeśli tak, proszę je opisać

.....
.....
NIE WIEM TAK NIE

Czy jest Pani w ciąży?

NIE WIEM TAK NIE

Czy karmi Pani piersią

TAK NIE

Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę nerek lub czy występują dolegliwości związane z nerkami? (wpisać objawy lub rozpoznanie)

TAK NIE

.....
data

.....
podpis pacjenta/pacjentki lub prawnego opiekuna

WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Ankieta została przyjęta i sprawdzona

UWAGI

data:..... podpis:.....



FORMULARZ

F-6/1/3

Wydanie 9

ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) lub RTG

Strona: 2

Stron: 2

Data: 21.01.2019

Do badania Pacjent dostarczył:

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia TK..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia MR..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia RTG..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Opisy poprzednich badań..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Dokumentację USG..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Płyty CD..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Inne | szt. |

.....
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji

.....
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

Oświadczam, że w dniu wykonania badania TK/MR nie podlegam opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania TK/MR nie wykonywałem/wykonywałam badań diagnostycznych (TK, MR lub PET) w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych.

Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem.

* dotyczy badań kosztochłonnych

.....
Podpis Pacjenta

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania diagnostycznego z wykorzystaniem promieniowania jonizującego oraz ewentualne podanie środka kontrastowego, zostałem/am poinformowany/a o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem zrozumiałą odpowiedź.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego związanego z dożylnym podaniem środka kontrastowego, w tym możliwości wynacznienia

** dotyczy wszystkich badań

.....
Podpis Pacjenta

Zostałem/am również poinformowany/a o cenie badania i wyrażam zgodę na pokrycie jego kosztów. Jednocześnie oświadczam, że nie będę wnosil/a z tego tytułu roszczeń o zwrot kosztów do NFZ.

*** dotyczy badań prywatnych

.....
Podpis Pacjenta