

Data badania: Waga: Imię, nazwisko:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu:

e-mail:



Dbając o Państwa bezpieczeństwo przed badaniem tomografii komputerowej wymagane jest wypełnienie poniższej ankiety. Informacje zostaną objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do pozamedycznych celów.
Prawidłową odpowiedź proszę zakreślić kółkiem.

Czy jest Pani w ciąży?	tak	nie
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podanie środka cieniującego?	tak	nie
Czy były wykonywane wcześniej badania ze środkiem cieniującym? (Urografia, TK)	tak	nie
Czy pojawiły się po poprzednich badaniach reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)? Jeśli tak, proszę podać jakie:	tak	nie
Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy? Jeśli tak, podać jakie:	tak	nie

PROSZĘ POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ WYSTĘPOWANIE PONIŻSZYCH CHOROÓB:

• choroby tarczycy (nadczynność)	tak	nie
• choroby nerek (np. niewydolność)	tak	nie
• nadciśnienie tętnicze	tak	nie
• choroby układu nerwowego (padaczka, utraty przytomności)	tak	nie
• astma oskrzelowa	tak	nie
• cukrzyca	tak	nie
Przebyte choroby zakaźne? Jeśli tak, proszę podać jakie:	tak	nie



UWAGA! Pacjenci chorzy na cukrzycę leczeni metforminą z wyliczonym eGFR w przedziale 30-44 ml/min. – konieczne jest odstawienie metforminy na 48 godzin przed i 48 godzin po badaniu tk. Można wznowić przyjmowanie leku jeżeli w tym czasie nie pogorszy się funkcja nerek, co potwierdza się kontrolnym badaniem poziomu kreatyniny z pomiarem egfr po 24 godzinach.

Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje? Jeżeli tak, proszę wymienić:	tak	nie
Czy Pan/Pani wyraża zgodę aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)	tak	nie

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH NFZ

Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	tak	nie
--	-----	-----

JAK NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM I ZROZUMIAŁEM POWYŻSZE DANE, KTÓRE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM. BIORĘ PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PODANE PRZEZ SIEBIE INFORMACJE. ZNANE MI SĄ WSZYSTKIE ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z WYKONANIEM W/W BADANIA. NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA JEGO WYKONANIE.

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj.zł, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

.....
czytelnie imię i nazwisko

.....
data, miejsce

.....
podpis pacjenta



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001

Informacja o administratorze danych:

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Affidea Sp. z o.o., Plac Europejski 2, 00-844 Warszawa. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

.....
podpis pacjenta