

ANKIETA PRZED WYKONANIEM BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

w ramach NFZ/komercja/ umowa

PROSZĘ O DOKŁADNE PRZECZYTANIE I WYPEŁNIENIE ANKIETY.

IMIĘ , NAZWISKO PACJENTA _____ PESEL _____

WZROST _____ WAGA _____ TELEFON _____

1. CZY CHORUJE PAN/PANI NA NADCIŚNIENIE, NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA, CHOROBY WIĘCOWĄ, ZABURZENIA RYTMU SERCA? (JEŻELI TAK, PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ) TAK NIE
2. CZY CIERPI PAN/PANI NA CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO UDAR, PADACZKA, UTRATA PRZYTOMNOŚCI, INNE _____? (PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ) TAK NIE
3. CZY CHORUJE PAN/PANI NA NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY JEŻELI TAK, TO JAKIM LEKIEM JEST PAN/PANI LECZONY/A _____ TAK NIE
4. CZY CIERPI PAN/PANI NA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK? TAK NIE
5. CZY CHORUJE PAN/PANI NA ASTMĘ OSKRZELOWĄ? JEŻELI TAK, TO JAKIM LEKIEM JEST PAN/PANI LECZONY/A _____ TAK NIE
6. CZY JEST PAN/PANI UCZULONA NA (LEKI, JOD, PRZYLEPIEC, LATEKS, INNE SUBSTANCJE CHEMICZNE) JEŻELI TAK, TO JAKIE _____ TAK NIE
7. CZY CIERPI PAN/PANI NA KLAUSTROFABIĘ? TAK NIE
8. **CZY JEST PANI W CIAŻY?** TAK NIE

OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM ZAPOZNANY/A Z PRZEBIEGIEM BADANIA ORAZ Z MOZLIWOŚCIĄ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ.

OŚWIADCZAM TAKŻE, ŻE TREŚĆ ANKIETY JEST DLA MNIE ZROZUMIAŁA I NIE ZATAIŁEM/AM ISTOTNYCH INFORMACJI O FAKTYCZNYM STANIE ZDROWIA.

JA NIŻEJ PODPISANY/A WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADANIA ORAZ, W PRZYPADKU UZASADNIENIA MEDYCZNEGO, DOŻYLNIE PODANIE KONTRASTU W TRAKCIE BADANIA.

DATA

PODPIS PACJENTA

PODPIS TECHNIKA