MOJA DIAGNOZA

J.H. Dąbrowskiego 77a
60-529 Poznań
tel. +48 507 807 407
rejestracja@mojadiagnoza.com.pl

ANKIETA PRZED BADANIEM RTG

Data badania: .....

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: .....
(podanie jest dobrowolne, jednak konieczne do odebrania wyników on-line)

Numer PESEL: | | | | | | | | | | | |

Badanie RTG jest badaniem diagnostycznym, polegającym na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą promieniowania jonizującego. Badanie wykonywane jest przez elektroradiologa. Trwa około 15 minut. Bezpośrednio przed badaniem pacjent może być poproszony o zdjęcie rzeczy znajdujących się w obszarze badanej części ciała, które mogą mieć negatywny wpływ, na jakość otrzymanych obrazów. W celu uzyskania najlepszej jakości obrazów diagnostycznych w trakcie badania pacjent powinien pozostać nieruchomo, może zostać również poproszony o wstrzymanie oddechu na czas wykonania zdjęcia RTG.

W TROSCE O PAŃSTWA BEZPIECZEŃSTWO PROSIMY O UDZIELENIE RZETELNYCH ODPOWIEDZI

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

Czy w ostatnim czasie (3 miesięcy) miała Pani/Pan wykonywane badania z użyciem promieniowania rentgenowskiego?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią ?	TAK	NIE
Czy doznał Pan/Pani urazu badanej okolicy? Proszę podać datę urazu, rodzaj urazu oraz opisać dolegliwości bólowe.	TAK	NIE

Uwagi elektroradiologa dotyczące przebiegu badania:

.....
data i podpis technika elektroradiologa

.....
data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

MOJA DIAGNOZA

J.H. Dąbrowskiego 77a
60-529 Poznań
tel. +48 507 807 407
rejestracja@mojadiagnoza.com.pl

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU/ODMOWIE UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/-a:

Nazwisko i imię: .....

Numer PESEL: | | | | | | | | | | | |

Oświadczam, że:

☐ **UPOWAŻNIAM** ☐ **NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO**

Pana/Panią:.....

Nr PESEL/data urodzenia.....

Wynik każdego badania wykonanego w placówce będzie można pobrać z naszej strony internetowej www.mojadiagnoza.com.pl
Niezbędne do pobrania wyników jest podanie na ankiecie numeru telefonu. Na podany numer pacjent otrzyma hasło do logowania.

.....
Data i podpis pracownika przyjmującego dokument

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjenta między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

Jeżeli pojawi się potrzeba wystawienia faktury za badanie, bardzo proszę zgłosić prośbę o Wystawienie dokumentu w rejestracji **przed płatnością**. Faktury przesyłane są drogą mailową, stąd prośba o podanie adresu e-mail: .....
.....

MOJA DIAGNOZA

J.H. Dąbrowskiego 77a
60-529 Poznań
tel. +48 507 807 407
rejestracja@mojadiagnoza.com.pl

ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA RTG

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie badania diagnostycznego z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Zostałam/-em wyczerpująco poinformowana/-y o rodzaju i znaczeniu badania oraz związanym z nim ryzykiem wystąpienia powikłań

data i czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

*niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych, jednocześnie potwierdzam, iż zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną dotyczącą warunków przetwarzania danych osobowych, wynikających z przepisów RODO, obowiązujących w Mojej Diagnozie.

.....

data i czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

ZGODA NA WSPÓŁTOWARZYSZENIE W BADANIU RTG

(jeśli dotyczy)

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości diagnostycznej, w przypadku niektórych badań konieczna jest obecność osoby współtowarzyszącej w trakcie badania RTG. Przykład stanowią badania RTG dzieci oraz pacjentów w cieżkim stanie.

Wyrażam świadomą zgodę / nie wyrażam zgody* na współuczestnicto w badaniu diagnostycznym z użyciem promieniowania jonizującego.

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

.....

data i czytelny podpis osoby współtowarzyszącej