

KWESTIONARIUSZ

BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

W trosce o bezpieczny przebieg badania, prosimy o zapoznanie się z poniższą ankietą oraz rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania, poprzez zaznaczenie odpowiedniej kratki:

Out of concern of the patient's medical care, we ask for acquainting with the content of questionnaire and giving an answers for the following questions by "x" mark

	TAK	NIE
Czy był/a Pani/Pan badana/y tomografią komputerową? Have you ever been examined with CT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy wykonywano operacje w badanym miejscu? Have you had any surgery in examined anatomic area?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy miał/a Pan/Pani wykonane badanie z użyciem środka kontrastowego? Have you ever had CT examination with intravenous contrast administration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy występowały reakcje uczuleniowe na środki farmaceutyczne? (kontrast, leki, inne?) Have you ever suffered from any allergic reactions? (especially for: contrast, medicines, others?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego, wyrażam na to zgodę.* I consent to have CT examination with intravenous contrast administration if necessary.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimy o zaznaczenie, jeżeli choruje Pan/Pani na:

You are requested to mark the right field if you suffer from any following diseases:

choroby nerek
Kidney diseases

choroby tarczycy
Thyroid gland diseases

choroby wątroby
Liver diseases

astmę
Asthma

padaczkę
Epilepsy

cukrzycę
Diabetes

nadciśnienie tętnicze
High blood pressure

choroby nowotworowe
Cancer diseases

Czy chorował/a Pan/Pani na żółtaczkę? Have you suffered from jaundice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy był/a Pan/Pani szczepiony/a na żółtaczkę? Have you been vaccinated for jaundice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pani w ciąży? Are you pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*środek kontrastowy - to tzw. środek cieniujący, podawany pacjentowi dożylnie podczas badania obrazowego, celem różnicowania określonych struktur, w niektórych stanach chorobowych. Decyzję o podaniu kontrastu podejmuje lekarz.

*contrast - is a medical substance administered intravenously, during the examination, what allows to diversify image structure in some diseases. The decision about contrast, is taken by a radiologist.

Oświadczenie Pacjenta / Przedstawiciela Pacjenta*

Declaration of the Patient / the Statutory Representative of the Patient*

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej (odbioru wyniku) upoważniam:
I authorise to consult and get medical documentation the following person

.....

Oświadczam że powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe treści oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, wyłącznie w celach medycznych.

I declare that I understand the content of this questionnaire and confirm that the marked answers are true and accurate. In addition I consent to have my personal details processed only for medical purposes.

Data / Date

Podpis pacjenta
Patient's signature

* W przypadku pacjentów między 16 a 18 rokiem życia wymagana jest zgoda zarówno małoletniego pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego, należycie umocowanego do jego reprezentowania
*In case of patients aged 16 to 18, consent of both the minor patient and their Statutory Representative (duly authorised to represent this former) is required.

Upewniamy informujemy, że wynik badania składa się z opisu w wersji papierowej oraz badania nagranego na płytę CD.
We kindly inform that the result of examination consist of description provided in paper form and examination data recorded onto CD.

Ośrodek Diagnostyki Obrazowej, ul. Kościuszki 38 b/2, 78-400 Szczecinek, REGON 320875400-00020, tel.: 94 888 9000, +48 535 889 000, kontakt@rezonans-szczecinek.pl