



## ANKIETA PRZED BADANIEM RTG

Data badania: ..... WAGA ..... WZROST .....

Nazwisko i imię pacjenta : .....

Numer PESEL pacjenta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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 kółkiem.

|                                                                                                                                           |             |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----|
| Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała Pani/Pan wykonywane badania z użyciem promieniowania rentgenowskiego?                              | TAK         | NIE |     |
| Czy jest Pani w ciąży?                                                                                                                    | NIE DOTYCZY | TAK | NIE |
| Czy wyraża Pani/Pan zgodę na założenie dostępu do aplikacji komputerowej w celu udostępnienia opisu badania?                              | TAK         | NIE |     |
| Czy doznał Pan/Pani urazu badanej okolicy? Jeśli tak, proszę podać datę i rodzaj urazu oraz opisać dolegliwości bólowe.<br>.....<br>..... | TAK         | NIE |     |

✓ .....

Data i czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....

Data i czytelny podpis osoby wykonującej badanie

Następna strona

## ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA RTG

Wyrażam świadomą zgodę 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**

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 Centrum Medycznym Medisport w Lublinie.



.....

**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 ciężkim stanie.

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

Czy jest Pani w ciąży?

TAK

NIE

.....

**\*niepotrzebne skreślić**

**data i czytelny podpis osoby współtowarzyszącej**