

.....
Nazwisko i imię pacjenta

PESEL pacjenta

.....
numer telefonu do powiadomień

.....
badana część ciała/adnotacje

ANKIETA PACJENTA **PROSZĘ ZAZNACZYĆ W KÓŁKO PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ**

WCZEŚNIEJSZE BADANIA (REZONANS, TOMOGRAFIA, UROGRAFIA?).....NIE TAK

Jakie i kiedy.....

UCZULENIA NA ŚRODKI CIENIUJĄCE I INNE LEKINIE TAK

Jakie i kiedy.....

PRZEBYTE OPERACJE

Jakie i kiedy.....

.....

ZAŁOŻONE W TRAKCIE ZABIEGÓW KLIPSY, IMPLANTY, PROTEZY.....NIE TAK

*CZY JEST PANI W CIAŻYNIE TAK miesiąc.....

*Czy karmi pani piersią?.....NIE TAK

CHOROBY PRZEBYTE LUB AKTUALNIE LECZONE (w szczególności choroby tarczycy, nerek, serca, cukrzycę, astmę)

.....

.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA EWENTUALNE PODANIE ŚRODKA CIENIUJĄCEGO DOŻYLNIE?.....NIE TAK

**Środek cieniujący (kontrast) jest podawany dożylnie w trakcie badania, w celu wyjaśnienia wątpliwości. Podanie środka kontrastowego, tak jak wszystkich leków, może wiązać się z wystąpieniem reakcji uczuleniowej.*

PODAJĘ SWOJE DANE DOTYCZĄCE ZDROWIA DOBROWOLNIE DO PRZETWARZANIA PRZEZ UPOWAŻNIONY PERSONEL DIAGNOSIS W CELU NALEŻYTEGO WYKONANIA PROPONOWANEGO MI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO.

ŚWIADOMIE ZGADZAM SIĘ NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM

.....
Podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego

Obowiązek informacyjny RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 a dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), podmiot leczniczy informuje, że:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Diagnostyka Obrazowa Diagnosis Sp. z o. o. siedzibą 36-047 Niechobrz 976. Kontakt z osobą odpowiedzialną jest możliwy osobiście, telefonicznie pod numerem 664 020 404, lub mailowo pod adresem; rodo@nzoz-diagnosis.com.pl

- 1) Celem przetwarzania Państwa danych dotyczących tożsamości oraz danych dotyczących zdrowia jest sumienne, bezpieczne i zgodne z obowiązującymi przepisami prawa udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz rozliczenie tej wizyty z płatnikiem. Zakres operacji przetwarzania danych jest niezbędny do wykonania badania i spełnienia obowiązków prawnych. Dane z nagrania monitoringu są utrwalane i wykorzystywane tylko dla celów dowodowych w przypadku wystąpienia incydentu naruszenia prawa.
- 2) Państwa dane są przetwarzane zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej. Dane w formie elektronicznej podlegają automatycznemu grupowaniu tworząc historię Państwa badań. Okres przechowywania adekwatnie zabezpieczonych danych wynosi 20lat. Pełna treść informacji oraz praw wraz z obowiązującymi podstawami prawnymi dostępna jest na stronie internetowej lub w rejestracji danej placówki.
- 3) Z uwagi na konieczność dokładnego ustalenia tożsamości oraz Państwa stanu zdrowia przed wykonaniem świadczenia zdrowotnego, odmowa podania wyczerpujących informacji będzie skutkować odmową wykonania badania.

Oświadczam iż, zapoznałem/zapoznałam się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania moich danych w Pracowni Diagnosis :

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

ZGODA na otrzymywanie powiadomień sms oraz na dostęp do wyników drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na otrzymywanie powiadomień sms oraz na wydanie moich wyników drogą elektroniczną. PROSZĘ O PRZESŁANIE LINKU DO POBRANIA WYNIKU

NA ADRES mailowy :@.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana/Panią:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
PESEL lub data urodzenia osoby upoważnionej

do odbioru mojego wyniku badania TK z dnia