

Imię i nazwisko pacjenta

Data badania

PESEL pacjenta

Adres email

Prosimy o czytelne wypełnienie poniższej ankiety przez pacjenta osobiście lub przez jego opiekuna prawnego. Umożliwi to prawidłowe przeprowadzenie badania oraz jego ocenę. **Poprawną odpowiedź zaznacz X.**

Czy choruje Pan/Pani

NIE

TAK

na cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leczenie	insulina prep. doustne
na choroby nerek /jeśli tak podaj jakie/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
na choroby przewodu pokarmowego /jeśli tak podaj jakie/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
na choroby tarczycy /jeśli tak podaj jakie/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
na jaskrę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
choroby płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leczenie	
palenie tytoniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ile lat? od kiedy nie pali?	
chemioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data ost. chemii?	
radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data zakończenia jaka okolica?	
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak to jakie operacje? Lokalizacja blizny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wynik bad. histopat.	

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonywane:

biopsję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jaka okolica? dołącz wyniki
gastroskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dołącz wyniki
kolonoskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dołącz wyniki
brochoskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dołącz wyniki
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miał Pan/Pani infekcję? Jeśli tak to jaką?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni brał Pan/Pani antybiotyki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data zakończenia

Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani uraz? Upadek? Wypadek? Jeśli tak to proszę opisać:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wykonywał Pan/Pani intensywny wysiłek fizyczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciąża? Data ostatniej miesiączki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ma Pan/Pani stymulator serca, endoprotezy lub metalowe implanty, stenty, port naczyniowy, stomię, gastrostomię, inne:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Czy ma Pan/Pani alergię na jod lub środki kontrastowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oświadczam, że zapoznałam/em się z polityką prywatności stosowaną przez Newmedical Spółka z o.o. z siedzibą w Gdańsku. Rozumiem wskazane tam zasady, w szczególności zasady i podstawy prawne dotyczące przetwarzania moich danych osobowych, a także swoje uprawnienia wynikające z RODO oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów. Niezależnie od tego oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących m.in. dane wskazane przez mnie w stosowanych przez Newmedical Spółka z o.o. ankietach i formularzach oraz wyniki zleconych przez mnie badań, w celu realizacji świadczeń medycznych, kontroli i monitoringu oraz sprawozdawczości wykonanego badania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upoważniam / nie upoważniam* Panią/Pana		
legitymującą / legitymującego się (nr dowodu lub PESEL)		
do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, składania wniosku o wydanie dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.		
Zezwalam na przesyłanie moich danych w systemie teleinformatycznym na wskazany przez mnie adres email, bez szyfrowania.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRZECIWWSKAZANIA

Przeciwwskazaniem do badania PET/CT jest **ciąża**. Kobieta w ciąży ma obowiązek zgłosić to personelowi pracowni PET/CT.

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią „Informacji dla pacjenta o badaniu PET/CT”, znany jest mi cel wykonania badania, przeciwwskazania i ewentualne powikłania. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie u mnie badania PET/CT.

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

CD WYDANO

WYNIKI WYDANO