

## DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED CT VYŠETRENÍM A INFORMOVANÝ SÚHLAS

Meno a priezvisko:
Adresa bydliska:
Telefonický kontakt (mobil):
E-mail:

Rodné číslo:
Zdravotná poisťovňa (názov alebo číslo):
Výška:
Hmotnosť:

vhodnú odpoveď označte krížikom

### Alergie:

- lieky  áno  nie aké: \_\_\_\_\_
- potraviny  áno  nie aké: \_\_\_\_\_
- jódomové preparáty, alebo kontrastné látky s obsahom jódu  áno  nie
- liečite sa na ochorenie štítnej žľazy?  áno  nie
- polyvalentná alergia (výskyt viacerých alergií súčasne)  áno  nie aké: \_\_\_\_\_
- Ste astmatik/čka?  áno  nie
- Ste diabetik/čka?  áno  nie

### Pre pacientky:

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná a nedojčím.

### ČÍTAJTE POZORNE! DÔLEŽITÁ INFORMÁCIA PRE VÁS! VÝSLEDOK VÁŠHO CT VYŠETRENIA POZOSTÁVA Z DVOCH ČASTÍ!

1. **CD nosič s obrazovou dokumentáciou je určený pre indikujúceho lekára, vydávame výlučne na vyžiadanie pacienta a je spoplatnený podľa aktuálneho cenníka. Zvoľte si jednu z možností:**

žiadam o vydanie CD  nežiadam o vydanie CD

2. **Písomná správa – NIE JE NA POČKANIE! O jej vyhotovení budete informovaný SMS správou. Zvoľte si iba jeden spôsob jej prevzatia:**

e-mailom pacientovi  prevezmem osobne  poštou spoplatnené podľa cenníka  
 e-mailom lekárovi

Čestne prehlasujem, že som poistencom horeuvedenej zdravotnej poisťovne. V prípade, že tomu tak nie je, zaväzujem sa, že uhradím finančnú škodu spôsobenú spoločnosti ALFAMEDIA s. r. o..

Pacient/ka alebo jeho zákonný zástupca bol/a poučený/á jeho odosielačím lekárom v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol/a poučený/á o rizikách a nežiadúcich účinkoch vnútrožilovej aplikácie jódomovej kontrastnej látky a s jej podaním súhlasí. Pacient/ka bol/a odosielačím lekárom poučený/á o postupe CT vyšetrenia a ďalších navrhovaných vyšetrovacích metódach. Pacient/ka bol/a zrozumiteľne a jednoznačne informovaný/á a poučený/á o následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia vyšetrenia CT, ako i o možnostiach voľby alternatívnych postupov. Pacient/ka zároveň súhlasí s použitím jeho/jej osobných údajov výlučne len pre potreby spoločnosti ALFAMEDIA s. r. o. a svojím podpisom prehlasuje, že všetky údaje v dotazníku vyplnil/a pravdivo.

Dňa: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

(u nepľnoletých zákonný zástupca a vzťah k nemu)