

ZGODA PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA RTG

Łódź dnia.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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

Dotyczy kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

- 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.

.....
(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)*

* w przypadku pacjenta w wieku 16–18 lat wymagana jest zgoda zarówno pacjenta, jak i jego rodzica lub opiekuna prawnego.

Badanie RTG jest badaniem diagnostycznym polegającym na uzyskiwaniu obrazów struktur ciała za pomocą promieniowania jonizującego. Badanie wykonywane jest przez elektroradiologa i trwa około 10 minut. Bezpośrednio przed jego rozpoczęciem pacjent może zostać poproszony o zdjęcie rzeczy znajdujących się w obszarze badanej części ciała, które mogą negatywnie wpłynąć na jakość uzyskanych obrazów. W celu zapewnienia najlepszej jakości diagnostycznej podczas badania pacjent powinien pozostać nieruchomo, a w niektórych sytuacjach może zostać poproszony o krótkotrwałe wstrzymanie oddechu.

Ciąża lub jej podejrzenie jest przeciwwskazaniem do wykonania badania.

ZGODA NA WSPÓŁTOWARZYSZENIE W BADANIU RTG (jeśli dotyczy)

Ja niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na współuczestnictwo w badaniu diagnostycznym z użyciem promieniowania jonizującego.

Dotyczy kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

.....
(czytelny podpis osoby współtowarzyszącej)

W celu zapewnienia odpowiedniej jakości diagnostycznej, w przypadku niektórych badań RTG, wskazana jest obecność osoby towarzyszącej. Dotyczy to m.in. badań wykonywanych u dzieci oraz u pacjentów z zaburzeniami, klaustrofobią lub innymi trudnościami uniemożliwiającymi samodzielne przeprowadzenie badania.

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Oświadczam, że upoważniam wskazaną poniżej osobę do odbioru w moim imieniu wyników badań RTG oraz wszelkiej związanej z nimi dokumentacji:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Nr telefonu

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

.....
(czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)