ANKIETA PRZED BADANIEM METODĄ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
SURVEY BEFORE A CT EXAMINATION

Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Please fill in the questionnaire. All medical information is a physician-patient privilege and will not be used for other than medical purposes.

Nazwisko/Surname ..... Imię/Name .....
Waga/Weight ..... Wzrost/Height.....

PESEL | | | | | | | | | | | Adres/Address.....

Phone numer for receiving results.....

I declare that I have been informed that results can be collected online at www.zbadani.pl. I will be notified by text message to the number provided above that the results/description are ready for collection. Access to the results requires the patient's PESEL number and the indicated telephone number. I am aware that providing an incorrect number will prevent access to the test results.

Data/Date ..... podpis pacjenta/ patient's signature .....

Prosimy o wypełnienie ankiety poprzez postawienie znaku „X" w kolumnie z właściwą odpowiedzią (TAK, NIE) **Please fill in the questionnaire by placing "X" in the column with the right answer (YES, NO)**	**TAK YES**	**NIE NO**
Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania metodą tomografii komputerowej. Czy wyklucza Pani ciążę? Pregnant patients cannot undergo a CT examination. Do you rule out pregnancy?		
Czy miał Pan/Pani już badanie z podaniem środka kontrastowego? (np. tomografia komputerowa, angiografia)? Have you ever had an examination with a contrast agent administered? (e.g. CT, angiography)?		
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiła negatywna reakcja (wysypka, zaczerwienienie, świąd skóry, duszność, kaszel, itp.)? Have you had any negative reactions to the contrast agent (rash, reddening, itches, dyspnea, cough, etc.)?		
Czy występowały u Pana/i reakcje uczuleniowe jak wyżej na leki lub pokarmy? Have you had any allergic reactions described above to medications or food? Jeśli tak, to na jakie leki / if yes, what medications _____		
Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową w fazie aktywnej? (przyjmuje leki przeciwastmatyczne lub w niedalekiej przeszłości występowały napady astmatyczne?) Do you suffer from asthma in its active stage? (do you take asthma medications or has there recently been any asthmatic attacks?)		
Czy choruje Pan/i na nadczynność tarczycy w fazie czynnej? (choroba nie jest leczona lub mimo		

Pracownia Tomografii Komputerowej SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 722 22 23, e-mail:radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

leczenia jest trudna do ustabilizowania) Do you suffer from hypothyroidism in its active stage? (disease is untreated or is difficult to stabilize despite treatment)		
Czy choruje Pan/i na szpiczaka mnogiego? Do you suffer multiple myeloma?		
Czy choruje Pan/i na cukrzycę leczoną metforminą? Do you suffer from diabetes treated with metformin?		
Jeżeli tak, to czy odstawił Pan/i metforminę na 24 godziny przed badaniem? **If yes,** will you stop taking metformin 24 h before the examination?		
Czy karmi Pani piersią? Are you breastfeeding? Jeżeli tak, przez 24 godziny po badaniu TK z kontrastem zaleca się odstawienie dziecka od piersi i odciąganie pokarmu. If yes, it is recommended not to breastfeed the baby 24 hours after the CT scan with contrast and to express milk.		
Skąd uzyskał Pan/i informację o Pracowni Tomografii Komputerowej SALUS: ☐ Internet ☐ prasa ☐ strona www SALUS-a ☐ przychodnia SALUS ☐ inne		

Proszę dołączyć wynik badania krwi z poziomem kreatyniny i/lub współczynnikiem GFR

Please attach results of blood exam with creatinine level and/or GRF.

Data/Date ……
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego Signature of the patient / legal guardian ……..

Zgoda na wykonanie badania TK/Consent for performing CT scan

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem tomografii komputerowej poniosę osobiście.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 godzin nie przyjmowałem/am pokarmów.

Wyrażam zgodę na badanie tomografii komputerowej i dożylne podanie środka kontrastowego.

I hereby certify that I understand the content of this questionnaire and that my answers and accurate and complete. I also understand that I will bear responsibility for any consequences resulting from providing false information or withholding important information connected with the CT scan.

I hereby declare that I did not eat any food during the last 5 hours.

I hereby give my consent to perform the CT scan and for administering an intravenous contrast agent.

Data/Date ……
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego Signature of the patient / legal guardian ……..

Pracownia Tomografii Komputerowej SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 722 22 23, e-mail:radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj. ..... zł, zgodnie z cennikiem Centrum Zdrowia SALUS.
W sytuacji, gdy pomimo wcześniejszego wyrażenia zgody na badanie, zrezygnuję z badania, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanego środka kontrastowego.

In case of a privately paid examination, I undertake to cover its costs, i.e. ..... PLN, based on the price list of SALUS Medical Centre.
If I decide to withdraw from the examination despite my previous consent, I undertake to cover the costs of preparing the contract agent.

Data/Date ……..
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego Signature of the patient / legal guardian ……..

Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8.
Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

SALUS Sp. z o.o. with its registered office in Słupsk at ul. Zielona 8 is the data administrator.
Your personal data will be processed only for the purpose of providing the necessary medical services based on provisions of Act dated 29 August 1997 on Personal Data Protection (uniform text, Journal of Laws of 2015, item 2135 as further amended).
You have the right to access your data and correct them, if necessary.

Pracownia Tomografii Komputerowej SALUS
76-200 Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 722 22 23, e-mail:radiologia@salus.com.pl, www.klinikasalus.pl