

Ankieta

Badanie PET/CT

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

Data badania

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

Czy choruje Pan/Pani	TAK	NIE
na cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na choroby nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na choroby przewodu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na choroby tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
na jaskrę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy była prowadzona chemioterapia? Jeśli tak to kiedy zakończona? Ile cykli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy była prowadzona radioterapia? Jeśli tak to kiedy zakończona? Jaka okolica ciała?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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

TAK NIE

biopsję, jeśli tak to jakiej okolicy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gastroskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kolonoskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bronchoskopię	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 antybiotyk? Jeśli tak to kiedy zakończono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAK **NIE**

Czy chorował Pan/ Pani na gruźlicę? Jeśli tak to kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Czy ma Pan/Pani klaustrofobię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy może Pan/Pani trzymać ręce w górze przez 20 minut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ma Pan/Pani stymulator serca, endoprotezy lub metalowe implanty?	<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"/>
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.

Podpis pacjenta lub opiekuna

Wynik odebrał

Uwagi