



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY na zabiegi terapeutyczne i badania diagnostyczne z podwyższonym ryzykiem powikłań

107 Szpital Wojskowy w Wałczu

Imię i Nazwisko pacjenta	PESEL	Data badania	Waga

Proszę zakreślić właściwe*** DOTYCZY BADAŃ WYKONYWANYCH W TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

- Badanie pierwsze
 Badanie kolejne

Szczepienie p/WZW (wirusowe zapalenie wątroby)	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na cukrzycę?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na astmę?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na niewydolność nerek? poziom kreatyniny poziom GFR	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na nadczynność tarczycy? poziom TSH	TAK	NIE
Czy jest Pan/i uczulona/y na leki lub środek kontrastowy? (jeśli TAK- to na jakie i jakie wystąpiły objawy)	TAK	NIE
Czy choruje Pan/i na chorobę nowotworową? (jeśli TAK – to na jaką)	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE

Oświadczam, że podczas wywiadu i badania nie zataiłem/am istotnych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, przebytych badań oraz chorób.
Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego badania i otrzymałem/am na nie zrozumiałą dla mnie odpowiedź.

Wyrażam świadomie zgodę na proponowany zabieg/badanie :

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

Data i podpis lekarza udzielającego informacji o proponowanej metodzie leczenia.....

Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu/badania

Data i podpis pacjenta

Data i podpis przedstawiciela ustawowego.....

Uzasadnienie przez pacjenta/ przedstawiciela ustawowego odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanej procedury medycznej/zabiegu :

.....