



Czy nosi Pan/i protezę zębową? **Jeżeli TAK, to proszę ją wyjąć.**

TAK	NIE
-----	-----

Czy choruje Pan/i na choroby przewlekłe:

schorzenia nerek	TAK	NIE	padaczkę	TAK	NIE
nadczynność tarczycy	TAK	NIE	nadciśnienie	TAK	NIE
astmę	TAK	NIE	alergię	TAK	NIE
cukrzycę	TAK	NIE			

Jakie leki Pan/i przyjmuje?

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

Nie jestem w ciąży

Wyrażam świadomą zgodę na badanie metodą Tomografii Komputerowej.

Wyrażam świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach ( w tym tych odległych ) i zagrożeniach. Przedstawiono mi również alternatywne sposoby diagnostyki.

Potwierdzam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

data i miejsce

czytelnie imię i nazwisko

### Wypełnia lekarz

#### Zalecenia lekarza

- Środek kontrastowy podany dożylnie ..... ilość.....
- Środek kontrastowy podany doustnie ..... ilość.....
- Środek kontrastowy podany doodbytniczo ..... ilość.....
- Tampon dopochwowy .....
- Inne leki i zalecenia .....

data

Podpis i pieczętka lekarza

Podpis i pieczętka pielęgniarki

Podpis i pieczętka technika RTG