

**ANKIETA PACJENTA
PRZED WYKONANIEM BADANIA DENSYTOMETRYCZNEGO**

Imię nazwisko:	PESEL:
Telefon kontaktowy:	Waga: Wzrost:

Ankiety wypełnia pacjent lub opiekun prawny. Udzielone informacje służą do kwalifikacji i właściwego przeprowadzenia badania.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

1.	Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa że może być w ciąży?	TAK	NIE
2.	Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE
3.	Czy w ciągu dwóch ostatnich dni był podawany Panu / Pani środek kontrastowy?	TAK	NIE
4	Czy posiada Pan/ Pani materiał obcy w organizmie (np. proteza biodra)? Proszę wskazać okolicę anatomiczną	TAK	NIE

☐ Wyrażam świadomą zgodę na świadczenie zdrowotne i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach statusu zdrowia.

☐ Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że podane dane są danymi poufnymi.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/-am się z wskazówkami dla pacjenta dotyczącymi DENSYTOMETRII oraz zostałam/em poinformowana/ny o przygotowaniu do świadczenia zdrowotnego, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego i konsekwencjach wynikających z zaniechania zleconych świadczeń z ich samowolną modyfikacją włącznie. Zostałam poinformowana/y o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty świadczeń zdrowotnych nie są zagwarantowane. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań dotyczących udzielanych świadczeń i na wszystkie udzielono mi wyczerpujących i zrozumiałych odpowiedzi oraz wyjaśnień. Znane mi są możliwe reakcje organizmu po udzielaniu świadczeń.

☐ Oświadczam, że zapoznałem/-am się z INFORMACJĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA PACJENTÓW Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o. o. z siedzibą w Lwówku Śląskim. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

.....
Pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej badanie