

**ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE – TOMOGRAFIA  
KOMPUTEROWA Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

1. Miałem/am wystarczająco dużo czasu, aby zapoznać się z przedstawionymi informacjami
2. Przeczytałem/am wszystkie strony niniejszej informacji dla Pacjenta
3. Miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących niniejszego badania oraz tego dokumentu i otrzymałem/am zadowalające mnie odpowiedzi na wszystkie moje pytania.
4. Ukończyłem 18 lat.
5. Rozumiem, że moje prawa w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych nie będą w żaden sposób ograniczone (Ustawa o ochronie danych osobowych 29.08.1998r., tj. Dz.U z 2002 r. nr 1001 poz 926 z późn. zm.)

**W przypadku uczulenia na preparaty diagnostyczne, leki lub inne – proszę je wymienić :**

.....

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY \*                      na wykonanie badania diagnostycznego**

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY \*                      na podanie środka kontrastowego**

.....  
(rodzaj środka)

.....  
NAZWISKO I I IMIĘ PACJENTA

.....  
PODPIS PACJENTA/ UPRAWNIONEGO OPIEKUNA

Brzesko dn.....

.....  
NAZWISKO I I IMIĘ LEKARZA

.....  
PODPIS LEKARZA

Brzesko dn.....

**PACJENT NIE JEST W STANIE PODJĄĆ ŚWIADOMEJ ZGODY Z POWODU:**

.....

.....  
**PODPIS LEKARZA**

**\*niewłaściwe skreślić**