

ZGODA PACJENTA NA BADANIE RADIOLOGICZNE

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO BADANIE:

III. OPIS PROPONOWANEGO BADANIA I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. BADANIE RADIOLOGICZNE:

Planowane badanie dotyczy:

zdjęcie rentgenowskie okolicy zęba/-ów

zdjęcie rentgenowskie pantomograficzne

zdjęcie rentgenowskie tomograficzne :

10 x 10

12 x 10

16 x 10

16 x 12

16 x 17

4 x 4

5 x 10 (1 łuk):

żuchwa

szczęka

5 x 5

8 x 5

8 x 8

stawów skroniowo-żuchwowych

Badanie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: badanie radiologiczne polega na wykonaniu zdjęcia rentgenowskiego. Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które może mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem badania radiologicznego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem badania radiologicznego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by

zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. badania;
 - c) o technice badania i szczegółowo zaznajomiony/a z całym przebiegiem proponowanego badania;
 - d) o konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich, w tym o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
 - e) w szczególności zostałem poinformowany, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - f) o możliwości zaniechania wykonania badania i jego konsekwencjach;
 - g) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie badania a także po jego zakończeniu, które opisano w pkt III niniejszego formularza;
 - h) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - i) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. badania;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. badania oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. badania nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

- zdjęcie rentgenowskie okolicy zęba/ów
- zdjęcie rentgenowskie pantomograficzne
- zdjęcie rentgenowskie tomograficzne

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI BADANIA

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY BADANIA:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność zostanie uiszczona po wykonaniu badania.
- 3) OŚWIADCZENIA PACJENTA: Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:
 1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;

2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent.

.....
(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIE NIE TAJEMNIC Y LEKARSKIEJ.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. badania w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....
(data, podpis pacjenta)