

Prosimo vas, da skrbno preberete, izpolnite vprašalnik in podpišete soglasje!

**ČE IMATE KAKŠNA DODATNA VPRAŠANJA V ZVEZI Z NAČRTOVANO PREISKAVO
NAS PROSIM POKLIČITE NA TELEFONSKO ŠTEVILKO 03 423 3892.**

osebni podatki

PRIMEK IN IME

TELEFONSKA ŠTEVILKA

SPOJ: MOŠKI ŽENSKI DATUM ROJSTVA TEŽA VIŠINA

 ● ● _____ kg _____ cm

vprašalnik

DA

NE

Ste že opravili CT preiskavo s kontrastnim sredstvom?

So se med preiskavo ali po njej pojavili kakšni zapleti?

Imate dokazano alergijo na jod?

Imate alergijo na kakšna zdravila?

Imate astmo?

Imate težave z žlezo ščitnico?

Imate kakršnokoli bolezen ledvic?

Dodatni vprašanja za ženske

Ste noseči?

Dojite?

soglasje

SOGLASJE ZA PREISKAVE S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Vsa možna pojasnila in zapleti so bili pacientu predhodno posredovani in se je imel možnost z njimi seznaniti že ob prejemu vabila na preiskavo.

S podpisom potrjujem, da sem pisno informacijo o CT preiskavi razumel in da sem seznanjen z možnimi zapleti, da razumem potek preiskave ter se z njo strinjam. Za morebitna dodatna vprašanja in pojasnitve, ki niso vključene v del opredeljenih tveganj na obrazcu ali spremnem dokumentu, lahko zahtevam ustni pogovor pred preiskavo z zdravnikom.

Soglašam tudi z možnostjo aplikacije kontrastnega sredstva in drugih zdravil, za katere se odloči radiolog, ki pomagajo k zanesljivejši diagnozi (obkrožite odločitev).

SOGLAŠAM

NE SOGLAŠAM

Podpis pacienta, sorodnika, starša ali skrbnika: _____ Datum: _____