

OBAVIJEŠTENI PRISTANAK NA DIJAGNOSTIČKI PREGLED

Zaokružiti: a) MR b) CT c) RTG PRETRAGA SA KONTRSNIM SREDSTVOM

Ime i prezime pacijenta:		Spol:	M	Ž	
Adresa:		E-mail:			
Grad:		Br.pošte:			
Datum rođenja:		Tjelesna težina:			
MBO:		Br: dop:			
Ime i prezime zakonskog zastupnika / skrbnika:					
Kontakt broj (tel/mob):					
Nalaz podižem osobno:	DA	NE	Nalaz želim primiti poštom na gore navedenu adresu:	DA	NE
Nalaz želim primiti elektronskom poštom na gore navedeni E-mail:				DA	NE
Umjesto mene, moj nalaz će podignuti:					

Molimo Vas da s DA ili NE odgovorite na sljedeća pitanja. Zaokružite odgovor:

1. Jeste li ikada imali metalno strano tijelo (u bilo kojem dijelu tijela)		DA	NE
2. Jeste li ikada bili operirani?		DA	NE
3. Imate li:	-srčani pace-maker	DA	NE
	-umjetni srčani zalistak	DA	NE
	-kirurške pločice	DA	NE
	-očnu,zubnu ili protezu za uho	DA	NE
	-umjetne proteze	DA	NE
	-intramaterični uložak	DA	NE
	-stent (umjetna spirala unutar žile, uretera ili žučnih vodova)	DA	NE
4. Jeste li trudni ili postoji li mogućnost trudnoće?		DA	NE
5. Jeste li alergični na hranu, lijekove ili kontrastna sredstva*?		DA	NE
6. Ako pregled zahtjeva da li ste suglasni da vam damo kontrastno sredstvo*?		DA	NE
7. Imate li strah od zatvorenog prostora?		DA	NE
8. Bavite li se zanimanjem koje se odnosi na metalnu industriju?		DA	NE
9. Jeste li ranjavani, imate li preostalih komadića metala u tijelu (gelera)		DA	NE

***(kontrastno sredstvo** je vrsta tekućine koja se eventualno daje kako bi se određeni dio organa bolje vidio i to samo ako tijek pretrage to zahtjeva)

OKRENI »

Ako ste na bilo koje pitanje odgovorili sa DA, a imate pitanja ili nerazumijevanja, savjetujte se sa svojim osobnim liječnikom ili nam se obratite.

Potvrđujem da su sve ranije navedene informacije točne, te da sam shvatio/la moguće rizike i komplikacije pregleda te osobno potpisom:

DAJEM SUGLASNOST za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka _____ Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika Datum: _____ vrijeme: _____	ODBIJAM DATI SUGLASNOST za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka _____ Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika Datum: _____ vrijeme: _____
---	--

DAJEM SUGLASNOST

za korištenje ovdje navedenih osobnih podataka u svrhu obrade i slanja medicinske dokumentacije.

Poštom e-mailom
(molimo označiti odabir - X)

Potpis pacijenta/zakonskog zastupnika
Datum: _____ vrijeme: _____

Ujedno dajem privolu sukladno Općoj uredbi o zaštiti osobnih podataka da se o mojem zdravstvenom stanju (obrada osobnih i medicinskih podataka) može obavijestiti niže navedena osoba, te da se istoj može uručiti i prema potrebi moja medicinska dokumentacija:

(ime i prezime, kontakt podaci osobe koju je pacijent ovlastio)

Na pregled obavezno ponesite:

- 1. Propisnu UPUTNICU liječnika koji Vas je uputio, ili podsjetnik o elektronskoj narudžbi.**
- 2. Svu medicinsku dokumentaciju vezanu za dijagnostičku pretragu zbog koje ste došli.**
- 3. U slučaju da ne priložite medicinsku dokumentaciju pretraga možda neće biti učinjena.**
- 4. Zdravstvenu iskaznicu i iskaznicu dopunskog zdravstvenog osiguranja.**

TIJEK PRETRAGE

Pregled se obavlja u posebnom prostoru i traje oko pola sata. Za to vrijeme ležite na stolu za pregled. Pregled je bezbolan. Budite opušteni. **Izuzetno je značajno da tijekom pretrage mirujete.** Naime, svaki pokret značajno kvari kvalitetu slike. **MR aparat stvara buku.** Tijekom pregleda mi Vas možemo pratiti na ekranu, a prema potrebi vidjeti i komunicirati s Vama.

Napomena:

Potpis: bacc.radiol.techn.

Pravila privatnosti u vezi obrade osobnih podataka vidi na: http://www.obgospic.hr/images/pdf-2018/Informacije_za_pacijente-Opca_uredba_o_zastiti_podataka-_Opca_bolnica_Gospic.pdf