

**VPRAŠALNIK ZA CT PREISKAVO****1. OSEBNI PODATKI PACIENTA**

a.	Ime in priimek:		
b.	Datum rojstva:	c.	Mobilna številka:
d.	Teža (kg):		

2. KONTRAINDIKACIJE ZA KONTRASTNO SREDSTVO (KS)

a.	Ali ste že imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo?	DA	NE
		Nisem še imel/-a preiskave s KS	
Opišite:			
b.	Ali ste alergični na katero od zdravil?	DA	NE
Na katera?			
c.	Ali imate kakšno srčno obolenje?	DA	NE
d.	Ali imate kakšno ledvično obolenje?	DA	NE
e.	Ali obstaja možnost, da ste noseči?	DA	NE
f.	Ali imate infekcijsko bolezen (HIV, hepatitis)?	DA	NE
g.	Ali se zdravite zaradi boleznj ščitnice?	DA	NE
Katera zdravila jemljete?			

Prosimo, da nadaljujete z izpolnjevanjem vprašalnika na naslednji strani!

3. SOGLASJE ZA PREISKAVE S KONTRASTNIM SREDSTVOM (KS)

Med preiskavo se zdravnik radiolog lahko odloči za aplikacijo kontrastnega sredstva, ki v nekaterih primerih pomaga k zanesljivejši diagnozi. Kontrastno sredstvo je zelo varno. Kljub temu obstajajo možnosti za manjše stranske učinke, ki se odražajo kot glavobol, slabost ali manjši izpuščaji na koži. Če se pojavi kakšen od teh in podobnih znakov, nas takoj opozorite, da vam pomagamo. V kolikor se podobni znaki pojavijo kasneje, morate poiskati nasvet lečečega ali osebne zdravnika.

a.	Seznanjen/-a sem z možnostjo aplikacije kontrastnega sredstva in z možnimi zapleti ter soglašam z izvedbo preiskave.	DA	NE
----	--	----	----

Dodatne informacije vam bo pred preiskavo podal oziroma razložil radiološki inženir.

4. OSTALA SOGLASJA

S podpisom potrjujem, da sem prebral/-a besedilo, da sem na vprašanja odgovoril/-a verodostojno, da sem seznanjen/-a s potekom preiskave in z možnimi zapleti, da razumem potek preiskave in z njo soglašam.

V kolikor nimam urejenega obveznega (OZZ) in/ali prostovoljnega (PZZ) zdravstvenega zavarovanja, **s podpisom potrjujem**, da bom **znesek preiskave poravnal/-a** po opravljeni storitvi.

Samo za samoplačnike! Na preiskavo sem naročen/-a kot samoplačnik in v nobenem primeru ne bom iz naslova obveznega in dodatnega zdravstvenega zavarovanja od ZZZS zahteval/-a povračila stroškov (izjavo smo kot pogodbeni partner dolžni pridobiti v skladu s 39. čl. splošnega dogovora za leto 2010).

Ime in priimek:

Lastnoročni podpis:

Datum:

Vaši podatki v zvezi s to preiskavo se zbirajo, hranijo in posredujejo uradnim službam za potrebe zakonsko zahtevanih statistik (ZVISJV-UPB 1, UL RS 50,29.3.2003).

Vaše osebne podatke bomo po potrebi posredovali tretjim osebam, vendar le za namene posredovanja zdravstvenih storitev in v primerih, ki jih določajo zakonski predpisi. Vaši podatki bodo zaupno obdelani in bodo obravnavani v skladu s splošnim predpisom o varstvu podatkov v skladu z namenom in predpisov.