

## ZGODA NA WYKONANIE BADANIA USG oraz ANKIETA przed badaniem

(Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety)

<b>Imię i Nazwisko:</b> [DRUKOWANE LITERY]	<b>Data badania</b>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
	[Dzień]	[Miesiąc]	[Rok]
<b>Adres zamieszkania:</b>	<b>Nr telefonu:</b>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<b>Kod pocztowy:</b>	<b>Miasto:</b>	<b>Wzrost</b>	<b>Waga</b>
<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
<b>PESEL*:</b>			
<input style="width: 100%;" type="text"/>			

\* Pacjenci poniżej 18. roku życia powinni zgłosić się na badanie w towarzystwie rodzica lub opiekuna prawnego.

### 1. RODZAJ BADANIA (BADANA OKOLICA)

### 2. WYWIAD (powód zgłoszenia na badanie, główne dolegliwości, co badanie ma wyjaśnić?)

ANKIETA CZĘŚĆ I		
	TAK	NIE
<b>1. Czy miał/miała Pan/Pani wykonywane zabiegi lub operacje chirurgiczne?</b> Jeśli TAK – proszę podać jakie i kiedy: ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Czy choruje Pan/Pani przewlekle? jeśli TAK – proszę podać jakie:</b> ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OŚWIADCZENIA I ZGODA NA BADANIE</b>		
<p><b>Oświadczam, że</b> podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz że nie zataiłem(-am) żadnych istotnych informacji mających wpływ na badanie USG.</p> <p><b>Jestem świadomy(-a), że podanie nieprawdziwych danych może mieć wpływ na wynik badania.</b></p> <p style="text-align: center;">.....  <b>DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO**</b></p>		
<p><b>Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania,</b> po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałem(-am) wystarczającą ilość czasu. Zostałem(-am) poinformowany(-a) w sposób dla mnie zrozumiały o przebiegu badania.</p> <p style="text-align: center;">.....  <b>DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO**</b></p>		

\*\* Małoletni < 16 lat lub ubezwłasnowolniony całkowicie – podpisuje opiekun; Małoletni 16–18 lat – podpisują pacjent i opiekun prawny

ANKIETA CZĘŚĆ II – PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH			
Proszę wpisać znak „X” przy odpowiedniej odpowiedzi		TAK	NIE
<b>Zgoda na przetwarzanie danych osobowych</b>			
<p><b>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych niniejszym formularzem</b> przez Centrum Medyczne Astoria Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Józefa Mehoffera 122.</p> <p><b>Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak zgody uniemożliwia wykonanie usługi.</b> Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do: wglądu i poprawiania swoich danych, aktualizacji i uzyskania kopii danych, pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych wraz z uzasadnieniem.</p> <p>Dane osobowe są przetwarzane w celu: realizacji usług medycznych, weryfikacji podczas umawiania wizyt, kontaktu telefonicznego w celu potwierdzenia rezerwacji, odwołania lub zmiany terminu, przesyłania informacji dotyczących przygotowania do badań.</p> <p><b>Administrator danych osobowych:</b>          Centrum Medyczne Astoria Sp. z o.o., ul. Józefa Mehoffera 122, Warszawa.          Inspektor Ochrony Danych: Krzysztof Zakrzewski, tel.: 606 213 134.</p>			
<b>Zgoda na kontakt telefoniczny</b>			
<p><b>Wyrażam zgodę</b> na kontakt telefoniczny oraz przesyłanie wiadomości SMS przez Centrum Medyczne Astoria Spółka z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Mehoffera 122, w tym na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących, w celu potwierdzenia rejestracji oraz przekazywania informacji organizacyjnych związanych z przygotowaniem do badań.</p>			

**Ja niżej podpisany(-a) oświadczam, że:** przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych

.....

**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\***

**UPOWAŻNIENIE**

**Upoważniam / nie upoważniam\*\*\*** Pana / Panią: .....  
 legitymującego/legitymującą się **nr dowodu/ nr PESEL\*\*\*** :

.....

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, udzielanych świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, odbioru wyników badań i kopii dokumentacji medycznej.

**\*\*\* skreślić niepotrzebne**

.....

**DATA I CZYTELNY PODPIS PACJENTA i/lub OPIEKUNA PRAWNEGO\*\***

\*\* *Małoletni < 16 lat lub ubezwłasnowolniony całkowicie – podpisuje opiekun; Małoletni 16–18 lat – podpisują pacjent i opiekun prawny*

ANKIETA CZĘŚĆ III - DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ PERSONEL CENTRUM MEDYCZNEGO ASTORIA	
Podpis i pieczęć lekarza wykonującego badanie	Podpis osoby obsługującej Pacjenta