Imię i nazwisko: ……………………………………………………………..………………….

PESEL lub data urodzenia: …………………………………………………………………......

Rodzaj badania : ……………………………………………………………………………......  
Kod skierowania: ……………………………………

Oświadczam, że:

* Zostałem(am) w sposób zrozumiały poinformowany(a) o:
  + - rodzaju i sposobie (technice) wykonania badania,
    - wskazaniach oraz przeciwwskazaniach do wykonania badania,
    - powikłaniach związanych z zastosowaniem środków kontrastowych\*

i świadomie je akceptuję.

* Potwierdzam, że miałem(am) możliwość zadania pytań dotyczących rodzaju badania, jego celowości, oczekiwanych wyników, związanego z nim ryzyka i potencjalnych powikłań.
* Potwierdzam, że miałem(am) wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą, a także dobrowolną decyzję oraz, że w każdej chwili mogę wycofać się z przebiegu badania bez podania przyczyny  
    
  Podpis pacjenta/opiekuna prawnego ……………………………….  
   (data, podpis)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
**Dotyczy Kobiet**

Zostałam poinformowana o zagrożeniu, wynikającym z narażenia na promieniowanie jonizujące. Oświadczam, **że jestem w ciąży i wyrażam zgodę na wykonanie badania**.

Podpis Pacjentki ……………………………..  
 (data, podpis)

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA**

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez *Szpital Pomnik Chrztu Polski w Gnieźnie*  celem wykonania badania, opisu badania i archiwizacji wyniku. Pełne informację z zakresu ochrony danych osobowych dostępne są na stronie Szpitala ***https://www.szpitalpomnik.pl/***

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego ……………………………….  
 (data, podpis)

\*niepotrzebne skreślić