

## ZGODNA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA RADIOLOGICZNEGO

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 nie 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 informacje z zakresu ochrony danych osobowych dostępne są na stronie Szpitala <https://www.szpitalpomnik.pl/>

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego .....

(data, podpis)

\*niepotrzebne skreślić