



DEKLARACJA UDZIAŁU W BADANIACH

Uczestnika Projektu objętego wsparciem w ramach Projektu
pn. "Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości
w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego
przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu"

1. Imię i Nazwisko:

2. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok) - -

3. PESEL

I. Niwelowanie barier:

Bariera związana z obawą przed bolesnością badania - w ramach projektu zapewnamy znieczulenie krótkotrwałe dożylnie do badania po wcześniejszej konsultacji anestezyjologicznej.

1. Czy chce Pan/Pani skorzystać z znieczulenia z udziałem anestezyjologa? TAK NIE

Jeśli TAK - uzupełnienie ANKIETY ANESTEZJOLOGICZNEJ nastąpi przed badaniem

Bariera związana z dojazdem na badanie - w ramach projektu zwracamy koszty dojazdu na badanie (należy załączyć bilety komunikacji publicznej np. MZK, PKS, BUS, itp.)

2. Czy chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów dojazdu? TAK NIE

Jeśli TAK - prosimy o uzupełnienie WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

3. Czy chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną? TAK NIE

Jeśli TAK - prosimy o uzupełnienie WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

II. Zakres udzielonego wsparcia:

1. Z jakiego źródła otrzymał/a Pan/Pani informacje o projekcie*:

personel szpitala, strona internetowa, personel POZ, prasa lokalna,
inne (jakie?)

* proszę podkreślić właściwe

2. Czy otrzymał/a Pan/Pani informacje o przygotowaniu się do badania? TAK NIE

3. Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o wskazaniach/przeciwskazaniach do badania? TAK NIE

Data

Podpis pacjenta