

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczący możliwości przeprowadzenia badania kolonoskopowego w ramach realizowanego projektu pn. „Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu – etap II” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Dane Pacjenta

Imię _____ Nazwisko _____

Pesel

1. Oświadczam, że zamieszkuję na terenie województwa małopolskiego w powiecie nowotarskim lub tatrzańskim

Data _____ Czytelny podpis _____

2. Czy w Pana / Pani rodzinie występuje zespół Lyncha
(dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością)

TAK NIE

Jeśli **TAK**, proszę o podpisanie oświadczenia:

Oświadczam, że w mojej rodzinie występuje zespół Lyncha

Data _____ Czytelny podpis _____

3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji.

Data _____ Czytelny podpis _____

4. Oświadczam, że chcę skorzystać ze znieczulenia z udziałem anestezjologa

TAK NIE

Data _____ Czytelny podpis _____

PYTANIA DOTYCZĄCE ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH

1. Czy chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów dojazdu transportem prywatnym/komunikacją publiczną/transportem organizowanym przez Szpital* ?

TAK NIE

Jeśli TAK – wypełnij odpowiedni wniosek, dostępny w rejestracji Pracowni Endoskopowej szpitala.

*zakreślić właściwe

2. Jest Pan/Pani opiekunem osoby niesamodzielnej i chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną?

TAK NIE

Jeśli TAK – wypełnij odpowiedni wniosek, dostępny w rejestracji Pracowni Endoskopowej szpitala.

3. Czy będzie Pan/Pani korzystać ze świadczenia pomocy udzielanego przez osobę trzecią (opiekuna/opiekunkę) po badaniu kolonoskopowym m.in. podczas powrotu do domu?

TAK NIE

Jeśli TAK – opiekun/opiekunka powinien/powinna wypełnić odpowiednie dokumenty dostępne w dniu badania, w rejestracji Pracowni Endoskopowej szpitala.

Jeśli jesteś osobą z niepełnosprawnością, zgłoś ten fakt w rejestracji lub opisz swoje potrzeby poniżej - Podhalański Szpital Specjalistyczny dołoży wszelkich starań, aby stworzyć odpowiednie warunki do skorzystania z badania kolonoskopowego

Opis:

PYTANIA DODATKOWE

1. Czy otrzymał/a Pan/Pani informacje o przygotowaniu się do badania?

TAK NIE

Data _____ Czytelny podpis _____

2. Czy został/a Pan/Pani poinformowany/a o wskazaniach/przeciwskazaniach do badania?

TAK NIE

Data _____ Czytelny podpis _____

Ponadto informujemy, iż projekt spełnia standardy dostępności dla osób z niepełnosprawnościami i jest dostosowany do ich potrzeb poprzez m.in.:

- dostępność do windy, podjazdów dla wózków inwalidzkich, zastosowanie poręczy
- dostępność wózków inwalidzkich przy wejściu do budynku,
- realizacji projektu na parterze budynku,
- równomierne oświetlenie miejsca rejestracji,
- dostosowanie strony internetowej poprzez możliwość zmiany wielkości czcionki, kontrastu, możliwość użycia czytnika ekranu.