

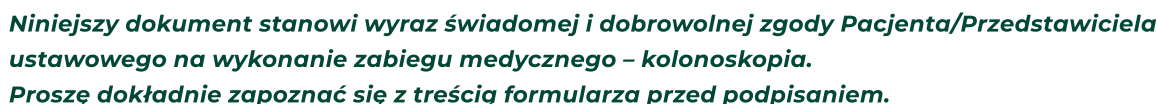


ZGODA PACJENTA NA BADANIE - KOLONOSKOPIA

[illegible]

Płeć: ☐ K ☐ M ☐ nie chcę podawać

Adres zamieszkania:



TAK **NIE**

Czy jest Pani/Pan leczona/y z powodu innych chorób przewlekłych (np. jaskra, epilepsja)?	TAK	NIE
Jeśli TAK - jakie?		
Czy był/a Pani/Pan dotychczas operowana/y?	TAK	NIE
Jeśli TAK, proszę podać kiedy i z jakiego powodu?		
.....		

OŚWIADCZENIE PERSONELU MEDYCZNEGO

Oświadczam, że w sposób zrozumiały i wyczerpujący przekazałem/am Pacjentowi/Przedstawicielowi ustawowemu informacje dotyczące:

- informacje o stanie zdrowia Pacjenta oraz rozpoznaniu,
- istoty, celu i charakteru proponowanego zabiegu,
- prawdopodobnych korzyści,
- możliwych zagrożeń, powikłań i ryzyka związanego z zabiegiem,
- proponowanych oraz dostępnych alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych,
- wynikach leczenia oraz rokowania,
- zaleceń przed- i pozabiegowych.

.....
data i podpis lekarza / osoby udzielającej informacji

.....
pieczęć placówki medycznej / lekarza

OŚWIADCZENIE PACJENTA/PREDSTAWICIELA USTAWOWEGO

1. Oświadczam, że:

W pełni zrozumiałam/em informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadawania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący oraz otrzymałam/em materiały edukacyjne.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z lekarzem, spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat: rozpoznania, proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania, wyników badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego, rokowania, ewentualnego leczenia pooperacyjnego. Przyjmuję do wiadomości, że cel badania/zabiegu może nie zostać osiągnięty. Znane mi są możliwe powikłania związane z badaniem dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Poinformowano mnie o możliwości wystąpienia powikłań i po uzyskaniu odpowiedzi lekarza na zadane pytania, wyrażam zgodę na kolonoskopię oraz na ewentualne pobranie wycinka(ów), a także na endoskopowe usunięcie polipów jeżeli w trakcie zabiegu lekarz uzna to za konieczne. Ponadto wyrażam zgodę na zabieg tamowania krwawienia przy użyciu endoskopu w przypadku, gdy w trakcie zabiegu stwierdzone zostanie krwawienie.

Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie badania kolonoskopii oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie jego przeprowadzania, w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oświadczam również, że podczas wywiadu lekarskiego i badania, nie zataiłam/em istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia, badań oraz przebytych chorób, uzależnień, przyjmowanych leków i substancji psychoaktywnych, w tym terapii alternatywnych.

2. Stwierdzam, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na proponowany zabieg: kolonoskopia.

3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż rozpoczęcie procedury organizacji i przygotowania badania powoduje powstanie po stronie Placówki kosztów związanych m.in. z rezerwacją czasu lekarza, personelu medycznego, aparatury oraz przygotowaniem dokumentacji i materiałów medycznych - w przypadku niewykonania badania z przyczyn leżących po stronie Pacjenta, Pacjent zobowiązany jest do zapłaty pełnej ceny badania zgodnie z obowiązującym cennikiem Placówki.

.....
data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

INFORMACJE DODATKOWE

- W razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o pytania. Lekarz postara się wyjaśnić Pani/Panu wszystkie wątpliwości. Prosimy poinformować lekarza jeśli w kilka godzin po zabiegu odczuwać będzie Pani/Pan silne bóle brzucha lub zaobserwuje Pani/Pan czarny stolec/krew.
- Przyjmuje się, że Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został poinformowany o konieczności przestrzegania zaleceń przed i po zabiegowych, które mają istotne znaczenie dla skuteczności i bezpieczeństwa zabiegu.
- Niniejsza zgoda może w każdej chwili zostać odwołana, jednak Pacjent/Przedstawiciel ustawowy został uprzedzony o możliwych konsekwencjach przerwania lub niewykonania zabiegu.

Informacja o administratorze danych: Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Rezner Sp. k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce, REGON 260214923, NIP 657-277-61-82. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pacjenta:

Administratorem Państwa danych jest Centrum Medyczne „Zdrowie Plus” A. Rezner sp.k., ul. Karczówkowska 45, 25-713 Kielce. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@zdrowiekielce.com. Dane, w tym informacje o zdrowiu, przetwarzamy w celu udzielania i rozliczania świadczeń oraz prowadzenia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO, odpowiednio do celu przetwarzania. Dokumentację przechowujemy zasadniczo przez 20 lat od końca roku ostatniego wpisu, z wyjątkami ustawowymi. Dane mogą otrzymywać podmioty uprawnione przepisami oraz dostawcy usług wspierających działalność placówki. Mają Państwo prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Pozostałe prawa przysługują na zasadach określonych w RODO. Nie możemy usunąć dokumentacji, którą musimy przechowywać zgodnie z prawem. Niepodanie danych wymaganych przepisami może uniemożliwić udzielenie świadczenia. Pełna informacja o przetwarzaniu danych i prawach pacjenta jest dostępna na stronie zdrowiekielce.com/rodo/ oraz w rejestracji.