



ZGODA PACJENTA NA BADANIE - REKTOSKOPIA

PESEL lub (w przypadku braku nr PESEL) rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data badania:

Adres zamieszkania:

Waga: Wzrost:

.....

Data urodzenia:

Telefon:

Płeć: ☐ K ☐ M ☐ nie chcę podawać

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(wypełnić w przypadku osób niepełnoletnich lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody)

Imię i nazwisko:

Telefon:

Stopień pokrewieństwa lub podstawa reprezentacji:

Adres zamieszkania:



Niniejszy dokument stanowi wyraz świadomej i dobrowolnej zgody Pacjenta/Przedstawiciela ustawowego na wykonanie badania medycznego – rektoskopia.
Proszę dokładnie zapoznać się z treścią formularza przed podpisaniem.

INFORMACJA O BADANIU

Rektoskopia jest badaniem endoskopowym końcowego odcinka jelita grubego (odbytnicy), wykonywanym przy użyciu wziernika z oświetleniem. Badanie umożliwia ocenę błony śluzowej odbytnicy, wykrycie zmian chorobowych oraz pobranie wycinków do dalszych badań. Badanie może powodować niewielki dyskomfort, uczucie parcia lub rozpierania.

ANKIETA MEDYCZNA

Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwkrzepliwie lub przeciwplatekcyjne?	TAK	NIE
Jeśli TAK - jakie?		
Czy występują u Pana/Pani choroby serca, nadciśnienie lub zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?	TAK	NIE
Czy występują alergie na leki lub środki medyczne?	TAK	NIE
Jeśli TAK - jakie?		
Czy występują obecnie: krwawienie z odbytu, silny ból, gorączka lub biegunka?	TAK	NIE
Czy wykonywano wcześniej badania endoskopowe dolnego odcinka przewodu pokarmowego?	TAK	NIE
Czy pacjentka jest w ciąży? (dotyczy tylko kobiet)	TAK	NIE

ZGODA NA BADANIE

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i przebiegu badania rektoskopii, możliwych dolegliwościach oraz rzadkich powikłaniach, takich jak krwawienie lub perforacja jelita. Miałem/-am możliwość zadawania pytań i uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi.

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie badania rektoskopii.

2. Oświadczam, że zostałem/-am 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 lekarza / osoby wykonującej badanie

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

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@zdrawiekielce.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 **zdrawiekielce.com/rodo/** oraz w rejestracji.