



## ZGODA PACJENTA NA BADANIE - SIGMOIDOSKOPIA

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 – sigmoidoskopia.**  
**Proszę dokładnie zapoznać się z treścią formularza przed podpisaniem.**

### INFORMACJA O BADANIU

Sigmoidoskopia jest badaniem endoskopowym końcowego odcinka jelita grubego (odbytnicy, esicy oraz części okrężnicy zstępującej), wykonywanym przy użyciu giętkiego endoskopu wyposażonego w źródło światła i kamerę. Badanie umożliwia ocenę błony śluzowej jelita, wykrycie zmian chorobowych, stanów zapalnych, polipów oraz pobranie wycinków do dalszych badań histopatologicznych. Podczas badania mogą wystąpić przejściowe dolegliwości, takie jak uczucie rozpierania, parcia na stolec, wzdęcia lub niewielki dyskomfort.

### ANKIETA MEDYCZNA

*Zakreśl kółkiem właściwą odpowiedź*

|                                                                                    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwwkrzepliwie 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 był/a Pan/Pani operowany/-a w obrębie jamy brzusznej lub jelita grubego?       | TAK | NIE |

### ZGODA NA BADANIE

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i przebiegu badania sigmoidoskopii, możliwych dolegliwościach oraz rzadkich powikłaniach związanych z badaniem, takich jak krwawienie, perforacja (przeżucie) ściany jelita, reakcja na stosowane leki lub inne nieprzewidziane zdarzenia medyczne.

2. Miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi.

**Wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie badania rektoskopii.**

3. 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](mailto: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/](https://zdrawiekielce.com/rodo/)** oraz w rejestracji.