**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**\*

**nr projektu: WND-RPPD.02.05.00-20-0011/17pt.:„Wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców Podlasia oraz wzrost wykrywalności raka jelita grubego poprzez zwiększenie liczby osób objętych badaniami kolonoskopowymi*”***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **Dane uczestnika** | 1 | Imię (imiona) |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć |  |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektuw systemie zapraszanym:55-64 lata w systemie oportunistycznym (na podstawie zgłoszenia):- 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,- 40 – 49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego (oświadczenie)- 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha (oświadczenie)Data urodzenia |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | Wykształcenie |  |
| 7 | Zawód wykonywany |  |
| **Dane kontaktowe** *adres kontaktowy (korespondencyjny)* | 8 | Ulica |  |
| 9 | Nr domu |  |
| 10 | Nr lokalu |  |
| 11 | Miejscowość |  |
| 12 | Obszar*(Należy wskazać czy miejscowość wymieniona w punkcie 11 leży na obszarze miejskim czy obszarze wiejskim)* |  |
| 13 | Kod pocztowy |  |
| 14 | Województwo (podlaskie) |  |
| 15 | Powiat |  |
| 16 | Telefon stacjonarny |  |
| 17 | Telefon komórkowy |  |
| 18 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) |  |
| **Dane dodatkowe** | 19 | Czynniki ryzyka | zawał serca przebyty w ciągu ostatnich 3 miesięcy, ostra choroba zapalna jelit. |  |
| ostra niewydolność krążeniowa lub oddechowa |  |
| ostra choroba zapalna jelit |  |
|  |  |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** | 20 | *(należy wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)* |  |

1. Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby do monitoringu, sprawozdawczości i ewaluacji programu.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
5. Oświadczam, że zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Czytelny podpis pacjenta*

*składającego oświadczenie*

Oświadczenie pacjenta:

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania dokumentacji medycznej

Niniejszym oświadczam, iż zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku PrawPacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam, co następuje:

\*\*\*

1. Nie upoważniam nikogo / Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust. 1 ww. ustawy jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej |  |
| Adres zamieszkania osoby upoważnionej |  |
| tel. kontaktowy osoby upoważnionej |  |

\*\*\*

1. Nie upoważniam nikogo / Osobą upoważnioną do wglądu do mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci, stosownie do treści art. 26 ust.2 ww. ustawy jest:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej |  |
| Adres zamieszkania osoby upoważnionej |  |
| tel. kontaktowy osoby upoważnionej |  |

Ponadto oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis pacjenta

składającego oświadczenie

Podstawa prawna:

1. przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r.,Nr 52, poz.417 z późn. zm.):
* art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
* 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
	1. § pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. Nr 252 poz.1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i

nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

**PESEL:**

**Adres zamieszkania:**

Oświadczenie pacjenta:

Upoważnienie dotyczące uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonychświadczeń zdrowotnych

Niniejszym oświadczam, iż zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r., poz. 417 z późn. zm.) i oświadczam, co następuje:

* Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych\*.
* Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych jest\*.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej |  |
| Adres zamieszkania osoby upoważnionej |  |
| tel. kontaktowy osoby upoważnionej |  |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej |  |
| Adres zamieszkania osoby upoważnionej |  |
| tel. kontaktowy osoby upoważnionej |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis pacjenta
składającego oświadczenie

Podstawa prawna:

* + 1. przepisy w/w ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009r.,Nr 52, poz.417 z późn. zm.):
* art.26.1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
* 26.2. Po śmierci pacjenta, prawo do wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia
	1. § pkt 2 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.12.2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (DZ.U. Nr 252 poz.1697), który stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i

nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia.

pieczęć świadczeniodawcy

**Oświadczenie pacjenta**

**ŚWIADOMA ZGODA NA Leczenie/Diagnostykę – Stwarzającą podwyższone ryzyko**

Nr Księgi Pracowni Diagnostycznej / ....

Nazwisko i imię…………………… Data urodzenia………………………PESEL….……………………….

Rozpoznanie: KOD ICD 10…………………..

Proponowany rodzaj diagnostyki:……………………………………………………………………………..

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób zabiegu oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu wykonywania badania.

Podpis lekarza:……………………………………………..

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

* Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia diagnostycznego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku przeprowadzonej kolonoskopii i zgadzam się na proponowane badanie diagnostyczne.
* Zgadzam się na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym.
* Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu przeprowadzenia zabiegu w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku zabiegu.
* Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
* Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanegozabiegu.

Ewentualne uwagi pacjenta:

……./……/……… ………………………………………… ………………………………….

Data podpis i pieczęć lekarza podpis czytelny pacjenta