



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczący możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach realizowanego projektu pn. „„Szanuj zdrowie! Program profilaktyki raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne - dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem projektu jest podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego i przełamanie barier powstrzymujących pacjentów z grupy docelowej przed badaniem przesiewowym na terenie powiatu nowotarskiego i tatrzańskiego poprzez przeprowadzenie kampanii informacyjnej i wykonanie kolonoskopii.

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. **Kolonoskopia jest bezpłatna.** Badania wykonywane są przez doświadczonych lekarzy w:

**Klinika ALLMEDICA**

**ul. Kowaniec 2a**

**34-400 Nowy Targ**

**+48 18 265 74 88**

### **Do badań kwalifikują się:**

- osoby w wieku 50-65 lata,
- osoby w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, zamieszkałe na terenie powiatu nowotarskiego lub tatrzańskiego,

I.



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



- osoby w wieku 25-49 lat z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC).

1. Imię i Nazwisko: .....

2. Data urodzenia (dzień - miesiąc - rok) .....

3. PESEL .....

Oświadczam, że zamieszkuję, pracuję lub uczę się na terenie województwa małopolskiego w powiecie nowotarskim/tatrzańskim:

Adres zamieszkania / zakładu pracy / szkoły\*:

powiat ....., gmina ....., kod pocztowy .....

miejsowość ....., ulica .....

nr budynku ....., nr lokalu .....

Data .....

Podpis .....

2. Czy ktoś z Pana/Pani krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo) miał nowotwór jelita grubego? **TAK | NIE\***

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

Oświadczam, że mam krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego.

Data .....

Podpis .....

I.



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



3. Czy w Pana / Pani rodzinie wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPPC)? **TAK | NIE\***

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

Oświadczam, że w mojej rodzinie wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPPC). Załączam kserokopię potwierdzenia z Poradni Genetycznej.

Data .....

Podpis .....

4. Czy uczestniczy Pan/Pani w tym samym czasie w innym projekcie realizowanym w ramach PRO WM 2014-2010, w którym przewidziano formy wsparcia tego samego rodzaju? **TAK | NIE\***

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

Oświadczam, nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie realizowanym w ramach PRO WM 2014-2010, w którym przewidziano formy wsparcia tego samego rodzaju.

Data .....

Podpis .....

5. Czy w ostatnich 10 latach wykonywał/a Pan/Pani badanie kolonoskopowe (nie dotyczy osób chorujących na Zespół Lyncha)? **TAK | NIE\***

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

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 10 lat nie wykonywałem badania kolonoskopowego.

Data .....

Podpis .....

I.



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



6. Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach projektu popularyzacji badań kolonoskopowych i podniesienia świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego. Wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Projektu.

Data .....

Podpis .....

7. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem rekrutacji.

Data .....

Podpis .....

\*niepotrzebne skreślić