

## ANKIETA - KARTA WSPARCIA

**Uczestnika Projektu** objętego wsparciem w ramach **Projektu Wykrywanie raka jelita grubego**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

### **I. Niwelowanie barier:**

*Bariera związana z obawą przed bolesnością badania - w ramach projektu zapewniamy znieczulenie krótkotrwałe dożylnie do badania po wcześniejszej konsultacji lekarskiej.*

**1. Czy chce Pan/Pani skorzystać z znieczulenia do badania?** TAK  NIE

Jeśli TAK - prosimy o uzupełnienie ANKIETY KWALIFIKACYJNEJ

*Bariera związana z dojazdem na badanie - w ramach projektu zwracamy koszty dojazdu na badanie (należy załączyć bilety komunikacji publicznej np. MZK, PKS, BUS, itp.)*

**2. Czy chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów dojazdu?** TAK  NIE

Jeśli TAK - prosimy o uzupełnienie WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

*Bariera związana z brakiem opiekuna dla osoby niesamodzielnej, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu w czasie korzystania ze wsparcia (badania) - w ramach projektu zwracamy koszty opieki nad osobą niesamodzielną (należy załączyć rachunek lub fakturę dokumentującą poniesienie wydatku)*

**3. Czy chce Pan/Pani skorzystać ze zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną?** TAK  NIE

Jeśli TAK - prosimy o uzupełnienie WNIOSKU O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

### **II. Zakres udzielonego wsparcia:**

**1. Z jakiego źródła otrzymał/a Pan/Pani informacje o projekcie\*: personel szpitala, strona internetowa, personel POZ, prasa lokalna, inne (jakie?) .....**

*\* proszę podkreślić właściwe*

**2. Czy otrzymał/a Pan/Pani informacje o przygotowaniu się do badania i przeciwwskazaniach do badania i znieczulenia?** TAK  NIE

**3. Czy otrzymał/a Pan/Pani bezpłatnie preparat do przygotowania jelita grubego do badania?** TAK  NIE

Proszę zaznaczyć który preparat Pan/i otrzymała: - 4 saszetki FORTRANS   
- 2 komplety saszetek (A+B) MOVIPREP

Data..... Podpis pacjenta .....