**Formularz Zgłoszeniowy do Programu**

**"StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią”**

**1. Dane Osobowe**

- Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Adres e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Informacje Medyczne**

- Data wyłonienia stomii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Rodzaj stomii: □ kolostomia, □ ileostomia, □ urostomia

**Dziękujemy za zgłoszenie! Skontaktujemy się z Tobą w celu potwierdzenia udziału w programie StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią.**

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

**Zgoda na Przetwarzanie Danych Osobowych:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora programu "StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią" w celu rejestracji i uczestnictwa w programie, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Informujemy, że Administratorem danych jest Akson Padjasek-Krysowski Spółka komandytowa z siedzibą w Świętochłowicach ul. Polna 73. Dane zbierane są w celu rejestracji i uczestnictwa w programie "StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontakt do Organizatora**

Jeśli masz jakiekolwiek pytania dotyczące formularza lub programu, skontaktuj się z nami:

- Telefon: 32 601 96 00

- E-mail: [stomcare@akson.pl](mailto:stomcare@akson.pl)

Formularz można również wysłać e-mailem na: stomcare@akson.pl lub pocztą na adres: Akson Padjasek-Krysowski Spółka komandytowa z siedzibą w (41-600) Świętochłowicach ul. Polna 73.

**Raport – Ankieta dla pacjenta po operacji wyłonienia stomii**

**1**. **Imię i nazwisko**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2**. **PESEL:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. **Płeć:**

* Mężczyzna
* Kobieta
* Inne

**4**. **Data operacji wyłonienia stomii:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5**. **Rodzaj stomii:**

* Kolostomia
* Ileostomia
* Urostomia
* Inne (proszę określić)

**6**. **Czy potrzebujesz dodatkowego wsparcia w zakresie pielęgnacji stomii?**

* Tak\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nie

**7**. **Jakie formy wsparcia byłyby dla Ciebie najbardziej pomocne?**

* Poradnictwo medyczne
* Spotkania z innymi pacjentami
* Materiały edukacyjne (broszury, filmy)
* Inne (proszę określić): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety. Twoje odpowiedzi pomogą nam lepiej dostosować produkty stomijne do Twoich potrzeb oraz zapewnić odpowiednie wsparcie.*

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

**Zgoda na Przetwarzanie Danych Osobowych**: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatora programu "StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią" w celu rejestracji i uczestnictwa w programie, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Informujemy, że Administratorem danych jest Akson Padjasek-Krysowski Spółka komandytowa z siedzibą w Świętochłowicach ul. Polna 73. Dane zbierane są w celu rejestracji i uczestnictwa w programie "StomCare: Program Edukacyjny dla Pacjentów z Wyłonioną Stomią”. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontakt do Organizatora**  
Jeśli masz jakiekolwiek pytania dotyczące formularza lub programu, skontaktuj się z nami:

- Telefon: 32 601 96 00

- E-mail: [stomcare@akson.pl](mailto:stomcare@akson.pl)