



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 jakiegokolwiek pytania dotyczące formularza lub programu, skontaktuj się z nami:

- Telefon: 32 601 96 00

- E-mail: 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 jakiegokolwiek pytania dotyczące formularza lub programu, skontaktuj się z nami:

- Telefon: 32 601 96 00

- E-mail: stomcare@akson.pl