

**FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA WYKONANIE TESTU NA  
HELICOBACTER PYLORI – TEST ODDECHOWY**

Pacjent(ka) (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Zakażenie *Helicobacter pylori* jest jednym z najczęściej występujących zakażeń bakteryjnych. Jedynie całkowita eliminacja patogenu skutecznie chroni przed zapaleniem żołądka oraz chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. INFAI *Helicobacter pylori* jest testem oddechowym, który jest stosowany w celu stwierdzenia możliwości żołądkowo-dwunastniczego zakażenia bakterią *Helicobacter pylori* oraz kontroli skuteczności leczenia. Jest to jedyna metoda spośród testów nieinwazyjnych skuteczna w pośrednim wykrywaniu obecności żywej bakterii.

**OŚWIADCZENIE:** Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi informacjami dotyczącymi nieinwazyjnego testu „*Helicobacter pylori*, test oddechowy” zamieszczonymi w zakładce Strefa Pacjenta na stronie internetowej [www.medispace.pl](http://www.medispace.pl) lub przekazanymi w formie papierowej przez rejestrację Centrum Medycznego MediSpace oraz że w dniu dzisiejszym spełniam wszystkie wymienione wymagania w celu prawidłowego przeprowadzenia testu. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykonanie badania opisaną metodą.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, iż zostałam wyczerpująco i zrozumiale poinformowany o celu badania. Nie mam więcej pytań ani żadnych wątpliwości.

Ja niżej podpisany(a):

**odbiorę wynik osobiście/ proszę o przesłanie wyniku na adres e-mail wskazany poniżej\*:**

\_\_\_\_\_

\*niepotrzebne skreślić

Warszawa, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Data i godzina

podpis Pielęgniarki

podpis Pacjenta