

PACJENT

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
PESEL

## OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA DOPŁATĘ DO BADAŃ

Uprzejmie Państwa informujemy, że podczas diagnostycznych badań endoskopowych mogą zaistnieć wskazania do jednoczesnego wykonania dodatkowych procedur medycznych, które wymagają użycia dodatkowych narzędzi i preparatów, co wiąże się kosztami zabiegu. Mogą to być:

- usunięcie polipów
- koagulacja zmian chorobowych beamerem argonowym,
- pobranie wycinków do badania histopatologicznego,
- zaznaczenie zmiany chorobowej tuszem,

W związku z powyższym prosimy o wnikliwe zapoznanie się z cennikiem, ponieważ łączny koszt badania endoskopowego (z dodatkową procedurą) ulegnie odpowiedniej zmianie, np. cena kolonoskopii w znieczuleniu ogólnym z polipektomią i jedną buteleczką badania histopatologicznego wynosi 1640 zł.

### Oświadczenie

Oświadczam, że „Prospekt informację dotyczącą cennika procedur medycznych wykonywanych w Pracowni Endoskopii BODYCLINIC” przeczytałem/am i zrozumiałem/am (zaznaczyć odpowiednią odpowiedź):

- Wyrażam zgodę na poniesienie kosztów za dodatkowe procedury
- Nie wyrażam zgody na wykonanie dodatkowych, płatnych procedur w czasie zabiegu diagnostycznego

Warszawa, .....

Data

.....

Podpis

### CENNIK PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ:

<b>Gastroskopia:</b>	500 zł
<b>Kolonoskopia:</b>	700 zł
<b>Sigmoidoskopia:</b>	400 zł
<b>Polipektomia:</b>	450 zł + koszt badania histopatologicznego
<b>Badanie histopatologiczne:</b>	140 zł (1 but. 1-4 wycinki).
<b>Znieczulenie:</b>	
-do gastroskopii:	550 zł
-do kolonoskopii:	550 zł
-do gastroskopii i kolonoskopii:	700 zł
<b>Założenie Balona 6 miesięcy</b>	7900 PLN
<b>Założenie Balona 12 miesięcy</b>	9900 PLN
<b>Usunięcie Balona</b>	2000 PLN