

Skierowanie na bezpłatne badanie tomografii niskodawkowej w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuc

Pacjent: PESEL:
(imię i nazwisko)

Adres: KOD POCZTOWY POWIAT
(ulica, Nr, miejscowość)

Kontakt: WOJEWÓDZTWO
(nr telefonu, e-mail)

Lekarz kierujący:

Przychodnia Kierująca/ Oddział kierujący:

(prosimy o podanie telefonu i adresu e-mail)

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka

<p>Palenie papierosów <input type="checkbox"/></p> <p>Ile lat: <input type="checkbox"/></p> <p>Szt./dobę: <input type="checkbox"/></p> <p>Paczkołata: <input type="checkbox"/></p> <p><u>Rzucił palenie:</u> Ile lat temu: <input type="checkbox"/></p> <p>Inne narażenia na dym tytoniowy:</p> <p>fajki, cygara <input type="checkbox"/></p> <p><u>palenie bierne</u> <input type="checkbox"/></p>	<p>Narażenia środowiskowe</p> <p>Życie w mieście przemysłowym <input type="checkbox"/></p> <p>Promieniowanie jonizujące <input type="checkbox"/></p> <p>Arsen, ołów, chrom, nikiel <input type="checkbox"/></p> <p>Azbest <input type="checkbox"/></p> <p>Przetwórstwo ropy naftowej <input type="checkbox"/></p> <p>Przetwórstwo węgla <input type="checkbox"/></p> <p>Inne narażenia na sadzę <input type="checkbox"/></p> <p>Inne <input type="checkbox"/></p>	<p>Nowotwory w rodzinie:</p> <p>płuc <input type="checkbox"/></p> <p>inne <input type="checkbox"/></p> <p>Rodzice <input type="checkbox"/></p> <p>Rodzeństwo <input type="checkbox"/></p> <p>Dzieci <input type="checkbox"/></p> <p>Dziadkowie <input type="checkbox"/></p> <p>Choroby układu oddechowego:</p> <p>Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/></p> <p>Astma oskrzelowa <input type="checkbox"/></p> <p>Pogruźliczne zmiany w płucach <input type="checkbox"/></p> <p>Inne <input type="checkbox"/></p>
---	--	--

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

endomed[®] Radom ul. Kilińskiego 6

tel. 48 34 00 235 w.2; 48 34 00 236 w.2; kom. 606 169 634 w.2.

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

- Wyrażam zgodę na udział w programie oraz wykonanie badania tomografii niskodawkowej w ramach programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca, prowadzonego w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (podstawa prawna: ustawa z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu wieloletniego programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, Dz.U. Nr 143, poz. 1200)

- Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.

- Oświadczam, że nie miałem wykonanych badań tomografii komputerowej klatki piersiowej w przeciągu ostatniego roku

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 z 2002 roku, poz. 926 z późn.zm.) przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc za pośrednictwem portalu internetowego Krajowego Rejestru Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca w zakresie niezbędnym do uczestniczenia w programie jako badany, dokonywania za jej pośrednictwem oceny stanu mojego zdrowia na podstawie wykonanej tomografii niskodawkowej klatki piersiowej oraz korzystania z jego pozostałych funkcjonalności. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz zmiany oraz, że udzieloną powyżej zgodę na dalsze wykorzystanie danych osobowych mogę w każdym razie odwołać ze skutkiem na przyszłość.

.....
podpis pacjenta