

Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

Imię i nazwisko pacjenta

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania (prosimy o podanie kodu pocztowego)

Powiat

Województwo

Kontakt:

Prosimy o podanie nr tel. oraz adresu e-mail

lekarz kierujący (nr tel. i adres email)

Przychodnia kierująca/oddział kierujący (pełna nazwa i adres)

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka:

Palenie papierosów

Ile lat

Ile szt./dobę:

Paczkolata:

Rzucił palenie

Ile lat temu?

Inne narażenia na dym tytoniowy:

fajki, cygara

palenie bierne

Narażenia środowiskowe:

Życie w mieście przemysłowym

Promieniowanie jonizujące

Arsen, ołów, chrom, nikiel

Azbest

Przetwórstwo ropy naftowej

Przetwórstwo węgla

Inne narażenia na sadzę

Inne

Nowotwory w rodzinie:

płuc:

inne:

Rodzice

Rodzeństwo

Dzieci

Dziadkowie

Choroby układu oddechowego:

Przewlekłe zapalenie oskrzeli

Astma oskrzelowa

Pogruźlicze zmiany w płucach

Inne

Badanie zostanie przeprowadzone w pracowni tomografii komputerowej:

Pracownia Tomografii Komputerowej Centrum Medyczne "Ars Medica" Sp. z o.o.
Olsztyn ul. Jagiellońska 78 (Szpital Płucny) **REJESTRACJA** tel. 664-830-861 lub 664-830-879

.....
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 wykonywanych badań tomografii 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 ich zmiany oraz, że udzieloną powyżej zgodę na dalsze wykorzystanie danych osobowych mogę w każdym czasie odwołać ze skutkiem na przyszłość.

.....
podpis pacjenta