

Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

Wydrukowano: 2014-09-12 11:10:15

Pacjent:

Adres:

Prosimy o podanie kodu pocztowego.

Urodz:

Powiat:

PESEL:

Województwo:

Kontakt:

Prosimy o podanie telefonu oraz e-maila.

Lekarz kierujący:
(prosimy o podanie telefonu i adresu e-maila)

Przychodnia kierująca / oddział kierujący:
(prosimy o podanie pełnej nazwy i adresu)

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka

Palenie papierosów

Ile lat:

szt./dobę:

Paczkolata:

Rzucił palenie:

Ile temu:

Inne narażenie 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 narażenie 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 wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

ZOZ EPIONE, Centrum Diagnostyki Obrazowej, ul. Zawiszy Czarnego 7a, Katowice – Os. Tysiąclecia
tel. (32) 254 53 84 www.epione.pl

.....
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 Zwalczenia Chorób Nowotworowych (podstawa prawna: ustawa z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu wieloletniego programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Dz. U. Nr 143, poz. 1200).
* Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.
* Oświadczam, że nie chorowałem na choroby płuc w przeciągu ostatnich pięciu lat i nie miałem wykonywanych badań radiologicznych (zdjęcia radiologiczne, tomografia komputerowa).
* 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 **Institut 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 wykorzystywanie danych osobowych mogę w każdym czasie odwołać ze skutkiem na przyszłość.

.....
podpis pacjenta