

## Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

wydrukowano: 2016-09-08 08:31:59

Pacjent:	<input type="text"/>	Adres:	<input type="text"/>
		<b>Prosimy o podanie kodu pocztowego.</b>	
Urodz:	<input type="text"/>	Powiat:	<input type="text"/>
Pesel:	<input type="text"/>	Województwo:	<input type="text"/>
		Kontakt:	<input type="text"/>
		<b>Prosimy o podanie telefonu oraz e-maila.</b>	

Lekarz kierujący: (prosimy o podanie telefonu i adresu e-maila)	Przychodnia kierująca / oddział kierujący: (prosimy o podanie pełnej nazwy i adresu)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka

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

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](http://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 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 Chorob 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