

## Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

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

Pacjent: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Adres: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Urodz: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Powiat: <input style="width: 95%;" type="text"/>
Pesel: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Województwo: <input style="width: 95%;" type="text"/>
	Kontakt: <input style="width: 95%;" type="text"/>

Prosimy o podanie kodu pocztowego.

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:

Paczkołata:

#### Rzucił palenie:

Ile 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 narażenie na sadzę

Inne

#### Nowotwory w rodzinie:

płuc	inne
<input type="checkbox"/> Rodzice	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rodzeństwo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dzieci	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dziadkowie	<input type="checkbox"/>

#### Choroby układu oddechowego:

Przewlekłe zapalenie oskrzeli

Astma oskrzelowa

Pogruźlicze zmiany w płucach

Inne

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

### Rejestracja telefoniczna na badanie: 22 880 90 80

LUX MED Diagnostyka Warszawa, ul. Kasprzaka 17, ul. Ceglowska 80, Św. Barbary 6/8, ul. Pory 78

LUX MED Diagnostyka Wołomin, ul. Gdyńska 1/3

.....  
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 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