



**ANKIETA DLA PACJENTA PRZYSTĘPUJĄCEGO
DO PROGRAMU Wczesnego Wykrywania Raka Płuc**

Podane w ankiecie informacje posłużą wyłącznie do prawidłowej realizacji Programu i będą wykorzystane w celu ustalenia postępowania w przypadku dalszej diagnostyki ewentualnego leczenia.

1	Data wypełnienia ankiety	
2	Imię i Nazwisko	
3	Wiek	
4	Płeć	
5	Miejsce zamieszkania (pełny adres)	
6	Data wykonania ostatniego badania RTG klatki piersiowej i jego wynik	
7	Palenie tytoniu - ilość lat (w przypadku zaprzestania palenia przejść do pytania 10)	
8	Palenie tytoniu – proszę podać ilość dziennie wypalanych papierosów	
9	Inne narażenie na dym tytoniowy: fajka, cygara, palenie bierne	
10	Czy występuje u Pani/Pana jeden z następujących objawów: duszność, uciążliwy kaszel trwający dłużej niż miesiąc, nawracające zapalenie dróg oddechowych, bóle w klatce piersiowej, krwioplucie.	
11	Od ilu lat Pani/Pan nie pali tytoniu? Proszę podać ilość papierosów wypalanych dziennie w okresie palenia wskazanym w pkt 7.	
12	Choroby układu oddechowego: przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, pogruźlicze zmiany w płucach	
13	Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa (rodzice, rodzeństwo, dziecko, dziadkowie)	
14	Czy u Pani/Pana stwierdzono wcześniej objawy choroby nowotworowej oskrzeli lub płuc?	

15	Z jakich źródeł dowiedziała/ł się Pani/Pan o Programie	
----	--	--

1. Wyrażam zgodę na udział w programie oraz wykonanie badania RTG klatki piersiowej w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuc.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 216/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 92/46/WE oraz innymi przepisami powszechnie obowiązującymi, w szczególności ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych, przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce oraz w zakresie niezbędnym do uczestniczenia w Programie jako badany, dokonywania za jego pośrednictwem oceny stanu mojego zdrowia na podstawie wykonanego badania RTG klatki piersiowej.

.....

Czytelny Podpis Pacjenta

