

Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

(prosimy o wpisanie kodu pocztowego w adresie)

Data i miejsce urodzenia

Województwo i powiat

PESEL

Nr telefonu

lekarz kierujący

Przychodnia/oddział kierujący

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka:

Palenie papierosów

Ile lat

Ile szt./dobę:

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

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w Krajowym Rejestrze Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca, prowadzonym 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).

.....
podpis pacjenta