

Skierowanie na badanie spirometryczne oraz tomografii komputerowej (wypełnia lekarz rodzinny)

W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PŁUC
U MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Imię i nazwisko..... Wiek.....

Adres zamieszkania.....

PESEL..... Nr telefonu..... E-mail.....

Ustalona data badania (uzgadnia lekarz rodzinny)..... Godzina.....

Liczba paczolat.....

Przebyte choroby i operacje.....

Data..... Podpis i pieczęć lekarza rodzinnego.....

Formularz świadomej zgody na badanie (podpisuje pacjent)

Potwierdzam, że zostałem/am dokładnie poinformowany/a o założeniach i istocie badania w kierunku Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Płuc drogą badania spirometrycznego oraz tomografii komputerowej bez kontrastu i wyrażam świadomie swoją zgodę na poddanie się takiemu badaniu.

Miejscowość..... Data i podpis.....

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania na potrzeby zadania
pt." Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Płuc"**

1. Dane osoby objętej programem:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres zamieszkania lub pobytu.....

.....

Numer ewidencyjny PESEL.....

Stan zdrowia.....

Miejscowość..... Data i podpis

2. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych w zakresie imię, nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu, nr ewidencyjny PESEL, stan zdrowia, podpis w celu uczestnictwa w "Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Płuc".

Przyjmuję do wiadomości że:

- administratorem danych osobowych jest Marszałek Województwa Wielkopolskiego z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego przy al. Niepodległości 18, 61-713 Poznań
- dane przetwarzane będą w celu weryfikacji poprawności przeprowadzenia ww. Programu i archiwizacji
- przysługuje mi prawo do treści swoich danych i ich poprawiania
- podanie danych osobowych jest dobrowolne

Miejscowość.....

Data i podpis