

Ankieta uczestnika projektu

pn. „Program profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego” Nr RPKP.08.06.02-04-0001/20

Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> pracuje <input type="checkbox"/> bezrobotny zarejestrowany w ewidencji Urzędu Pracy w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale <input type="checkbox"/> niedługotrwale <input type="checkbox"/> bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji Urzędu Pracy w tym <input type="checkbox"/> emeryt <input type="checkbox"/> rencista <i>W przypadku zaznaczenia statusu na rynku pracy innego niż "pracuję" oświadczam, że jestem osobą: bez zatrudnienia, ale poszukującą pracy i zainteresowaną jej podjęciem.</i>
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Zawód wykonywany	
Nazwa zakładu pracy	
Czy pali Pan(i) papierosy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....
Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie..... od ilu lat nie pali.....
ekspozycja zawodowa na:	<input type="checkbox"/> krzemionkę <input type="checkbox"/> beryl <input type="checkbox"/> nikiel <input type="checkbox"/> chrom <input type="checkbox"/> kadm <input type="checkbox"/> azbest <input type="checkbox"/> związki arsenu <input type="checkbox"/> spaliny silników diesla <input type="checkbox"/> dym ze spalania węgla kamiennego <input type="checkbox"/> sadza <input type="checkbox"/> radon
indywidualna historia zachorowania na raka:	<input type="checkbox"/> przeżyty rak płuca (lung cancer survivor), <input type="checkbox"/> w wywiadzie chłoniak, <input type="checkbox"/> rak głowy i szyi <input type="checkbox"/> raki zależne od palenia a tytoniu, <input type="checkbox"/> rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia,
historia chorób płuc:	<input type="checkbox"/> przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) <input type="checkbox"/> włóknienie płuc (IPF).
..... Podpis Pacjenta	Kwalifikacja do badania NDTK: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Ile paczolat Podpis pracownika lub lekarza



„Program profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego”

DEKLARACJA / OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

Imię, Nazwisko płęć: K M

PESEL																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LAT	
-----	--

Adres:.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Numer telefonu kontaktowego (lub e-mail):

Wyrażam zgodę na wykonanie badań Niskodawkowej Tomografii Komputerowej klatki piersiowej w ramach „Programu profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego” nr projektu RPKP.08.06.02-04-0001/20 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem województwa kujawsko-pomorskiego.

Oświadczam, że nie byłem/am poddany/a badaniu tomografii komputerowej w ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP).

Zostałem/am poinformowany o ewentualnej konieczności poddania się inwazyjnym badaniom i zabiegowi chirurgicznemu.

Zostałem/am poinformowany o możliwości rezygnacji z uczestnictwa w Programie w dowolnym momencie.

Zapoznałem się z warunkami uczestnictwa w Programie.

Data..... Podpis.....

Oświadczenie:

Administratorem danych jest Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, ul. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz.

Dane będą przetwarzane wyłącznie dla celów dokumentacji „Programu profilaktyki, wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa Kujawsko-Pomorskiego” nr projektu RPKP. 08.06.02-04-0001/20 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020, Umowa o dofinansowanie nr UM_WR.433.1.187.2020.

Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa, podającemu przysługuje prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest obowiązkowe zgodnie z Ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.