

# Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

wydrukowano: 2012-07-12 15:20:25

Pacjent:

Adres:

**Prosimy o podanie kodu pocztowego.**

Powiat:

Urodz:

Województwo:

Pesel:

Kontakt:

**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**

Rodzice

Rodzeństwo

Dzieci

Dziadkowie

### Choroby układu oddechowego:

Przewlekłe zapalenie oskrzeli

Astma oskrzelowa

Pogruźlicze zmiany w płucach

Inne

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

Oddział Diagnostyczny CENTRUM, Warszawa, al. Solidarności 128

Oddział Diagnostyczny ZACISZE, Warszawa, ul. Gilarska 86c

.....  
podpis i pieczęć lekarza kierującego

- Wyrażam zgodę na udział w programie, wykonanie badania tomografii niskodawkowej oraz 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).

- Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.

- Oświadczam, że nie chorowałem na choroby płuc w przeciągu ostatnich pięciu lat i nie miałem wykonywanych badań radiologicznych (zdjęcia radiologiczne, tomografia komputerowa).

- Wyrażam zgodę na wystanie wyniku badania listem poleconym pod wskazany powyżej adres mój oraz przychodni kierującej.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach profilaktyki, diagnostyki, leczenia oraz w celach badań naukowych.

.....  
podpis pacjenta

**W celu umówienia się na bezpłatne badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej  
prosimy o kontakt pod nr telefonu: (22) 431 35 53**

Rejestracja odbywa się telefonicznie od poniedziałku do piątku w godz.: 8.00 – 16.00

## WSKAZÓWKI DOJAZDU

### DO ODDZIAŁU DIAGNOSTYCZNEGO CENTRUM – Solidarności 128, Warszawa,

Tel.: (22) 431 3553

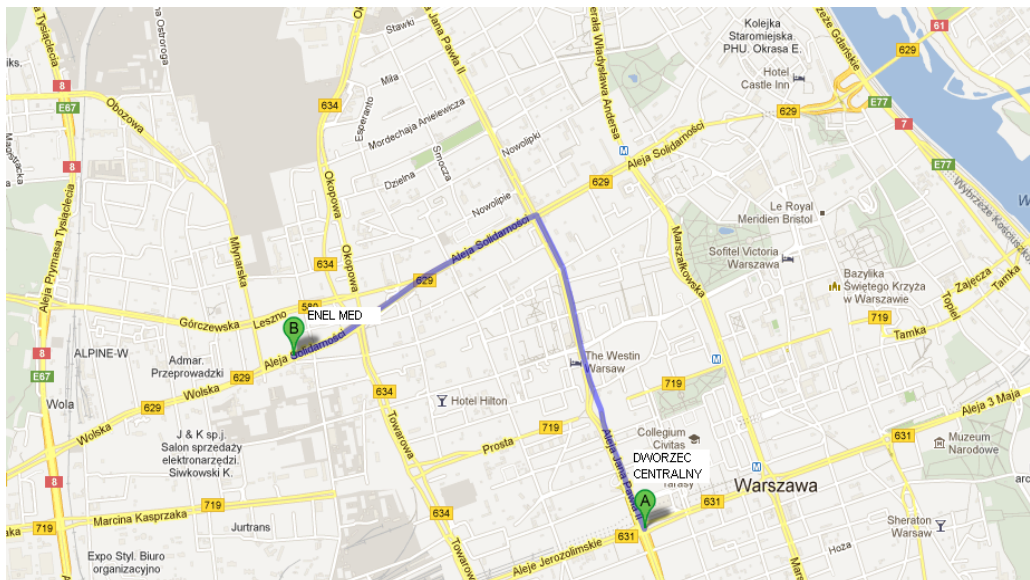
- **z Dworca Centralnego (bezpośrednio) do Oddziału Diagnostycznego CENTRUM:**

TRAMWAJE:

**8** – w kierunku os. Górczewska (przystanek Zajezdnia Wola)

**10** – w kierunku os. Górczewska (przystanek Zajezdnia Wola)

**24** – w kierunku Nowe Bemowo (przystanek Zajezdnia Wola)



- **z Dworca Zachodniego (z przesiadką) do Oddziału Diagnostycznego CENTRUM:**

1. **Autobus 517** (z Dworca Zachodniego - w kierunku Targówek - do Placu Zawiszy)  
**Tramwaj 24** (z Placu Zawiszy – w kierunku Nowe Bemowo - do Zajezdnia Wola)
2. **Autobus 523** (z Dworca Zachodniego – w kierunku Stare Bemowo - do Osiedle Wolska)  
**Tramwaj 26** (z Osiedle Wolska – w kierunku Anopol - do Zajezdnia Wola)

### DO ODDZIAŁU DIAGNOSTYCZNEGO ZACISZE – Gilarska 86c, Warszawa,

tel.: (22) 431 3553

- **z Dworca Wileńskiego lub Dworca Wschodniego (bezpośrednio) do Oddziału Diagnostycznego ZACISZE:**

1. **Autobus 120** (z Dworca Wschodniego lub z Dworca Wileńskiego – w kierunku OLESIN – do przystanku Rolanda)

