

Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

w ramach Programu Badań w Kierunku Wykrywania Raka Płuca

Imię i nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania (prosimy o podanie kodu pocztowego)

Data urodzenia

Powiat

PESEL

Województwo

Kontakt:

Prosimy o podanie nr tel. oraz adresu e-mail

Lekarz kierujący na badanie:
(pieczęć, podpis, prosimy o podanie numeru telefonu u adresu e-mail)

Zakład Lecznicy kierujący na badanie:
(prosimy o podanie pełnej nazwy i adresu)

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka:

Palenie papierosów

Liczba lat

szt./dobę:

Liczba paczkolet:

Pacjent rzucił palenie

Ile temu?

Inne narażenia na dym tytoniowy:

fajki, cygara

Narażenia na ekspozycję czynników rakotwórczych

Azbest

Uran

Rodon

Arszenik

Beryl

Produkty przemiany węgla kamiennego

Miejsce zamieszkania

Miasto

Wieś

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:

Pracownia Tomografii Komputerowej Centrum Medyczne "Ars Medica" Sp. z o.o.
Olsztyn ul. Jagiellońska 78 (Szpital Płucny) **REJESTRACJA tel. 664-830-861 lub 664-830-879**

.....
data, podpis i pieczęć lekarza kierującego

UWAGA!!!

Na drugiej stronie skierowania znajdują się treści, które musi przeczytać i podpisać pacjent.