

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

W RAMACH PROGRAMU

WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PŁUC U MIESZKAŃCÓW SZCZECINA

Imię i nazwisko

Wiek

PESEL

Ilość paczolat

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu

E-mail

Data badania

Godzina

Przebyte choroby i operacje

.....

Data

Podpis i pieczętka lekarza

.....

Formularz świadomej zgody na badanie

Potwierdzam, że zostałam(em) dokładnie poinformowana(y) o założeniach i istocie badania w kierunku wczesnego wykrywania chorób płuc drogą tomografii komputerowej bez kontrastu i wyrażam świadomie swoją zgodę na poddanie się takiemu badaniu. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wczesnego wykrywania chorób płuc.

Szczecin.....

Podpis.....