## ANKIETA O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY

## w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

**Uwaga!** Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zakwalifikowania do badania spirometrycznego.
Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem ,,X".

**Dane świadczeniobiorcy:**

Nazwisko I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I _I_I_I_I_I_I_I_I_I_I I_I_I_I_I

Imię I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) I_I, Wiek I_I_I

PESEL I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I tel. kontaktowy I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

tel. komórkowy I_I_I_I_I_I_I_I_I_I adres e-mail……………………………@...................

Miejscowość I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Kod I_I_I-I_I_I_I Poczta I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Ulica I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Nr lokalu I_I_I_I Nr mieszk. I_I_I_I

Wykonywany zawód: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

## Wzór

## zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego: …………………….

Nr telefonu stacjonarnego: ……………………….

Adres e-mail: ……………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą/ przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS * prawidłowego wyniku badania lub zawiadomienia o kolejnej wizycie.

…………………………….. .....................................

Miejscowość i data czytelny podpis świadczeniobiorcy

* niepotrzebne skreślić

1. **PALENIE PAPIEROSÓW:**
   - palę czynnie od I_I_I lat,
   - wypalam dziennie I_I_I sztuk papierosów,
   - palę w domu I_I, w pracy I_I, paliłam/paliłem w dzieciństwie I_I
2. **KASZEL:**
   - mam poranny kaszel dla „oczyszczenia" płuc, przez przynajmniej 3 miesiące w roku, od przynajmniej dwóch lat - TAK I_I, NIE I_I
3. **UCZUCIE DUSZNOŚCI:**
   - nie mam duszności I_I,
   - mam duszność tylko podczas wysiłku fizycznego I_I
4. **CZY KIEDYKOLWIEK LEKARZ ROZPOZNAŁ U PANI/PANA:**
   - rozedmę płuc TAK I_I, NIE I_I
   - przewlekłe zapalenie oskrzeli (przewlekły bronchit) TAK I_I, NIE I_I
   - przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) TAK I_I, NIE I_I
5. **CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ PAN(I) WYKONANE BADANIE SPIROMETRYCZNE**

   TAK I_I, NIE I_I

---

***Obowiązkowo wypełnia lekarz***

Pacjent zakwalifikowany do badania spirometrycznego TAK I_I, NIE I_I

…….. ……

Data Pieczątka i podpis lekarza