

**Ankieta kwalifikacyjna do udziału w programie
„Profilaktyka Chorób Nowotworowych we Wczesnych Fazach Rozwoju z uwzględnieniem
nowotworów żołądka i przełyku – badania przesiewowe” ***

.....lat -
Imię i nazwisko uczestnika Programu

.....
Adres zamieszkania/ pobytu (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość, telefon)

Uczestnik może zrezygnować z uczestnictwa w Programie na każdym jego etapie.

- | | | |
|---|-----|---------|
| 1. Czy miewa Pan/Pani częste bóle nadbrzusza? | TAK | NIE |
| 2. Czy w ostatnim okresie pojawiły się u Pana/Pani zaburzenia połykania? | TAK | NIE |
| 3. Czy występują u Pana/Pani częste wymioty? | TAK | NIE |
| 4. Czy odczuwa Pan/Pani znaczną utratę apetytu? | TAK | NIE |
| 5. Czy w ostatnim okresie nastąpiła u Pana/pani znaczna utrata wagi? | TAK | NIE |
| 6. Czy w ostatnim okresie odczuwa Pan/Pani bóle zamostkowe po jedzeniu? | TAK | NIE |
| 7. Czy odczuwa Pan/Pani częste uczucie ucisku i pełności? | TAK | NIE |
| 8. Czy pali Pan/Pani papierosy? | | TAK NIE |
| 9. Czy ma Pan/Pani częsty kontakt z czynnikami chemicznymi
(górnicy, hutnicy, pracownicy przemysłu gumowego) | TAK | NIE |
| 10. Czy w najbliższej rodzinie występowały przypadki zachorowania na nowotwór
żołądka lub przełyku? | TAK | NIE |
| 11. Czy w najbliższej rodzinie występowały przypadki zachorowań
na inne nowotwory? | TAK | NIE |

Liczba czynników ryzyka =

Czy w ciągu ostatnich trzech lat brał Pan/Pani udział w takim programie
finansowanym ze środków powiatu Dzierżoniowskiego?

TAK NIE

*

Odnosnie przetwarzania danych osobowych:

- a) Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie** moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.),
- b) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji do udziału w Programie „**Profilaktyka Chorób Nowotworowych we Wczesnych Fazach Rozwoju z uwzględnieniem nowotworów żołądka i przełyku – badania przesiewowe**”, monitoringu, ewaluacji Programu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Organizatora Programu z obowiązków sprawozdawczych. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych, o których mowa w punkcie a) w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
- c) Oświadczam, że zostałem poinformowany/na o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych, ich poprawiania i przetwarzania.

**zgodnie z w/w ustawą przez przetwarzanie danych rozumie się jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych

Data i podpis uczestnika Programu

(Podpis jest równoznaczny z wyrażeniem zgody na udział w Programie)