

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.  
58-200 Dzierżoniów, ul. Cicha 1  
NIP 8822052381, REGON 020680960, KRS 0000300119

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

.....  
**Imię i nazwisko uczestnika Programu** ..... **Wiek** .....

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

.....  
**Telefon**

.....  
**PESEL**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Czy odczuwa 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<br>(górnicy, hutnicy, pracownicy przemysłu gumowego) | TAK | NIE |
| 10. Czy w najbliższej rodzinie występowały przypadki zachorowania na nowotwór<br>żołądka lub przełyku?          | TAK | NIE |
| 11. Czy w najbliższej rodzinie występowały przypadki zachorowań<br>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:**

- 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.),
- 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.
- 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** .....



Program finansowany ze środków publicznych pochodzących z budżetu Powiatu Dzierżoniowskiego.