

ANKIETA

„Profilaktyka raka prostaty dla mężczyzn powyżej 40 roku życia zamieszkałych
na terenie Miasta Zduńska Wola”

NUMER BADANIA LABORATORYJNEGO
(wypełnia SPZPOZ)

I. DANE PACJENTA *

Numer pacjenta (nadaje SPZPOZ)/PROSTATA/2026
IMIĘ I NAZWISKO *	
PESEL*	
ADRES ZAMIESZKANIA *	
NUMER TELEFONU*	
ADRES MAILOWY (nieobligatoryjny)	

*dane niezbędne do kwalifikacji, przekazania wyników badań oraz umówienia wizyty na badanie USG w przypadku, gdy wynik PSA będzie powyżej 2,6 ng/ml

II. CZĘŚĆ INFORMACYJNA DLA PACJENTA:

Łączne kryteria kwalifikacji do skorzystania z bezpłatnych badań:

- 1) mężczyźni w wieku powyżej 40 lat
- 2) zamieszkujący na terenie Miasta Zduńska Wola
- 3) wyrażający zgodę na przetwarzanie swoich danych w ramach realizacji zadania

Dodatkowe informacje o RAKU PROSTATY wydane pacjentowi w formie ulotki przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia www.planujedlugiezycie.pl

III. PYTANIA

Czy w ostatnim miesiącu zdarzyło się Panu, że:

LP.	PYTANIE	TAK	NIE
1	miał Pan uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po oddaniu moczu		
2	miał Pan oddać mocz częściej niż co 2 godziny (po wypiciu normalnej ilości płynów)		
3	zdarzyła się sytuacja nagłej potrzeby oddania moczu?		
4	oddawał Pan mocz słabym strumieniem		
5	oddawanie moczu było przerywane („zacinanie się”)		
6	musiał Pan wstawać w nocy, aby oddać mocz		
7	oddawał Pan mocz z trudnością i bólem		
8	wystąpiła krew w moczu		
9	odczuwa Pan parcie na mocz		
10	odczuwa Pan bóle w podbrzuszu		
11	Czy w rodzinie (dziadek, ojciec, brat) zmagał się z chorobą nowotworową		

IV. Oświadczenia:

LP.	OŚWIADCZENIA	TAK	NIE
1	Wyrażam zgodę na udział w badaniu laboratoryjnym – badanie PSA		
2	Wyrażam zgodę na badanie USG gruczołu krokowego		
3	Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym numeru telefonu i/lub adresu mail zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przekazywaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L nr 119, str. 1 z póź. zm.)		
4	Wyrażam zgodę na przesłanie wyniku badania oraz zawiadomienie o badaniu USG - pocztą mailową/ lub drogą SMS		

Miejscowość i data

.....

podpis czytelny pacjenta