Pieczęć świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

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

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

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

Ulica 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

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przekazanych przez mnie danych dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

…………………………………………
Podpis świadczeniobiorcy

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r.

ANKIETA

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