

ANKIETA DOTYCZĄCA ZACHOROWAŃ NA CHOROBY NOWOTWOROWE W RODZINIE

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko i imię _____

dokładny adres _____

telefon: _____, adres e-mail: _____

Czy Pan/Pani chorował/a na chorobę nowotworową? (podkreślić właściwą odpowiedź)

TAK, NIE, NIE WIEM

Jeśli **TAK**, proszę podać lokalizację nowotworu, ew. rozpoznanie kliniczne:

	<i>Czy chorował(a) na nowotwór (guz, rak) Wpisać: TAK, NIE, NIE WIEM</i>	<i>Lokalizacja nowotworu (zajęty narząd)</i>	<i>Wiek zachorowania (w latach)</i>	<i>Jeśli krewny zmarł, to w jakim wieku</i>
MATKA				
Bracia matki				
Siostry matki				
Ojciec matki				
Matka matki				
<hr/>				
OJCIEC				
Bracia ojca				
Siostry ojca				
Ojciec ojca				
Matka ojca				
<hr/>				
Bracia				
Siostry				
Synowie				
Córki				
Wnukowie				

W związku z udostępnieniem przeze mnie danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie zgodnie z art. 23, ust. 1, pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych *. Zgoda obejmuje również dane będące wynikiem prowadzonych badań, art. 23, ust. 2*. Mam prawo do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania.

Data i podpis lekarza

Data i podpis Ankietowanego

* Dziennik Ustaw Nr 133, 1997, poz. 883, s. 4162-4167.

** Przetwarzanie danych osobowych może mieć miejsce ze względu na dobro publiczne, dobro osoby, której dane dotyczą, lub dobro osób trzecich w zakresie i trybie określonym ustawą.