

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO BADAŃ NAD DZIEDZICZNĄ PREDYSPOZYCJĄ DO CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

Po uzyskaniu informacji dotyczących badań nad dziedziczną predyspozycją do występowania chorób nowotworowych, wyrażam zgodę na pobranie 10 ml krwi i wypełnienie ankiety. Deklaruję udział w dalszych etapach realizacji programu badawczego. W związku z udostępnieniem moich danych osobowych, wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Zgoda na przetwarzanie obejmuje ponadto dane będące wynikiem przeprowadzonych badań. Jestem świadomy (a), że moje dane osobowe objęte są tajemnicą lekarską.

podpis pacjenta nr dowodu tożsamości.....

podpis lekarza przyjmującego zgodę.....

miejsce i data.....

NAZWISKO I IMIĘ.....

NAZWISKO PANIEŃSKIE.....

DATA I MIEJSCE URODZENIA.....

ADRES.....TEL.....

ROK ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR.....

DANE O KREWNYCH STOPNIA

pokrewieństwo	Imię i nazwisko/ rok urodzenia		Żyje *		Zachorował na nowotwór *		Jeżeli zachorował to podać umiejscowienie/ wiek zachorowania	
			TAK	NIE	TAK	NIE		
OJIEC								
MATKA								
RODZEŃSTWO								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
DZIECI								
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
* w odpowiedniej rubryce zaznacz X								

DANE O DALSZYCH KREWNYCH (BABCIE, DZIADKOWIE, RODZEŃSTWO RODZICÓW, KUZYNI) KTÓRZY CHOROWALI NA NOWOTWORY

stopień pokrewieństwa oraz możliwe inicjały	wiek zachorowania	umiejscowienie nowotworu
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		