****

**Informacje o ankiecie**

Ankieta Programu Profilaktyka 40 PLUS dla osób po 40 roku życia została opracowana jako zestaw kilku pytań służących do odpowiedniego wskazania badań laboratoryjnych Pana/Pani dedykowanych. Podczas uzupełniania warto mieć pod ręką ostatnie wyniki badań laboratoryjnych.

Jeżeli nie zna Pan/Pani odpowiedzi na jakieś pytanie, można je pominąć. Zachęcamy jednak do odpowiedzi, gdyż pozwoli to na dokładniejszą ocenę czynników ryzyka i dopasowanie badań laboratoryjnych.

Jedna osoba może tylko raz skorzystać z e-skierowania na badania profilaktyczne.

**Klauzula informacyjna**

Pana/Pani dane będą przetwarzane wyłącznie za zgodą. Posiada Pan/Pani prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie poprzez pisemne zgłoszenie wysłane na adres ikp-pomoc@cez.gov.pl. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem.

Celem zbierania i przetwarzania danych jest przedstawienie dedykowanych Pana/Pani propozycji w zakresie udzielania porad i zaleceń zdrowotnych oraz zdrowego stylu życia, a także przekazania informacji o programach profilaktycznych, z których możesz skorzystać.

Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia w zakresie oferowanej usługi. Odmowa jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach usługi.

**Wyrażam zgodę**

………………………………………..…………………………………………………….

**Data i czytelny podpis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **IMIĘ i NAZWISKO** |  |
| 2 | **PESEL** |  |
| 3 | **Telefon** |  |
| 4 | **Adres zamieszkania** |  |
| 5 | **Wzrost** |  |
| 6 | **Waga** |  |
| 7 | **BMI** |  |
| 8 | **Obwód pasa** |  |
| 9 | **Ciśnienie** |  |
| 10 | **Rytm serca** |  |

**ANKIETA PRFORILAKTYCZNA:**

**Narodowy Fundusz Zdrowia jest autorem treści ankiety i odpowiada za nią pod względem merytorycznym.**

1. **Czy w ostatnich trzech miesiącach mierzył Pan/Pani ciśnienie tętnicze krwi:**
* TAK
* NIE
1. **Proszę o podanie swojego wyniku:**

**Ciśnienie górne (ciśnienie skurczowe)**

**Ciśnienie dolne (ciśnienie rozkurczowe)**

* NIE WIEM
1. **Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczony u Pana/Pani poziom cholesterolu:**
* TAK
* NIE
1. **Proszę o podanie swojego wyniku:**

**Wprowadź wartość mg/dl mmol/l**

* NIE WIEM
1. **Czy w ostatnich 12 miesiącach był oznaczony u Pana/Pani poziom glukozy/cukru?**
* TAK
* NIE
1. **Proszę o podanie swojego wyniku:**

**Wprowadź wartość mg/dl mmol/l**

* NIE WIEM
1. **Czy prowadzi Pan/Pani aktywny tryb życia?**
* TAK
* NIE
1. **Czy leczy się Pan/Pani z powodu tarczycy/endokrynologicznych?**
* TAK
* NIE
1. **Czy występują u Pana/Pani takie objawy ze strony przewodu pokarmowego jak zmiana: rytmu wypróżnień lub krew w stolcu?**
* TAK
* NIE
1. **Czy u Pana/Pani rodzeństwa lub dzieci występowała/występuje: nadwaga?**
* TAK
* NIE
1. **Czy u Pana/Pani rodzeństwa, rodziców lub dzieci występowała/występuje: nowotwór przewodu pokarmowego?**
* TAK
* NIE
1. **Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe obecnie?**
* TAK
* NIE
1. **Czy palił/a Pan/Pani wyroby tytoniowe w przeszłości?**
* TAK
* NIE
1. **Ile lat temu przestał/a, Pan/Pani palić wyroby tytoniowe?**

**Proszę o podanie ilości lat abstynencji tytoniowej**

**…………………………………………………………**

**Podpis**