

Załącznik nr 4 Karta pacjenta przystępującego do programu (etap włączenia do etapu badań przesiewowych)

Lp.	Imię i nazwisko	Wiek	Adres - telefon kontaktowy	Wykształcenie	Status na runku pracy	Przebyta diagnostyka cukrzycy w ciągu ostatniego roku (TAK/NIE)	Rozpoznanie cukrzycy typu 2 (TAK/nIE)	Wynik FINDRISK	Źródło wiedzy o programie	Podpis
1										

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (DZ. U. z 2015 r., poz. 2135) w związku z przystąpieniem do *Regionalnego Programu Polityki zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2*

.....
(czytelny podpis)

Uwagi :

- 1 Należy wypełnić gdy pacjent uzyska wynik z ankiety FINDRISK 12 punktów i więcej
- 2 Należy wypełnić dla osób po 45 roku życia bez względu na wynik ankiet FINDRISK
- 3 Po wstępnej kwalifikacji pacjenta do wykonania badania laboratoryjnego i założeniu karty pacjent otrzymuje skierowanie na badanie
- 4 Wykształcenie : podstawowe, gimnazjalne, średnie, zawodowe, wyższe
- 5 Status na rynku pracy : umowa o pracę, działalność gospodarcza, inne zatrudnienie, bezrobotny, emeryt , rencista