

Prezydent Miasta Chorzów zaprasza

„Program wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2021-2025” w 2024 r.

**SKIEROWANIE
NA ZDJĘCIE RTG KLATKI PIERSIOWEJ
(w jednej projekcji PA albo AP określonej przez lekarza
wg indywidualnych wskazań klinicznych)**

Chorzów, dnia 2024 r.

.....
(pieczęć placówki kierującej)

Pani /Pan

(imię i nazwisko)

Data urodzenia

Miejscowość zamieszkania.....

Występujący u pacjenta czynnik ryzyka zachorowania na gruźlicę (proszę zaznaczyć):

- kaszel trwający 3 tygodnie i powyżej,
- osoby z kontaktu z osobami chorymi na gruźlicę,
- spadek odporności (np. w przebiegu choroby nowotworowej, leczenia immunosupresyjnego, AIDS),
- zmiany w płucach,
- choroby przewlekłe (cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze),
- pylica płuc,
- uwarunkowania społeczne (bezdomność, bezrobocie, niski status społeczny, emeryci, renciści),
- nałogi (alkoholizm, narkomania)

Zalecane wykonanie badania RTG klatki piersiowej w projekcji:

.....
(proszę wskazać typ projekcji badania **PA albo AP**)

.....
(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

- Zdjęcia RTG klatki piersiowej finansowane są z budżetu Miasta Chorzów.
- Realizatorzy:

Lp.	Nazwa i adres realizatora	Nr tel.
1.	ADO-MED2 Roman Elias ul. Stefana Batorego 19, 41-506 Chorzów	32/ 784 35 24 453 406 414
2.	P.P.U.H. „KONCEPT” Tomasz Tabin NZOZ Rentgenodiagnostyka-Med. ul. Św. Pawła 11 41-500 Chorzów	32/ 348 12 20
3.	SPZOZ Zespół Szpitali Miejskich ul. Strzelców Bytomskich 11 41-500 Chorzów	32/ 349 91 85
4.	BetaMed S.A. Centrum Medyczne BetaMed ul. Raławicka 20A 41-506 Chorzów	32/ 420 29 00 519 30 82 00
5.	Starochorzowska Fundacja Zdrowia i Ekologii ul. Narutowicza 3 41-503 Chorzów	32/ 736 20 59 32/ 736 20 58 wew. 201 i 202

- Administratorem danych osobowych jest realizator wykonujący przedmiotowe zdjęcia RTG klatki piersiowej.

Oświadczenie uczestnika
(w celu uniknięcia tzw. „podwójnego finansowania” świadczeń)
dot. korzystania z tożsamego świadczenia tj. badania RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Ja oświadczam, że:
(imię i nazwisko uczestnika)

zaznacz X we właściwym miejscu

nie miałem/am wykonanego badania RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) ze środków publicznych **w dniu badania** przewidzianego do realizacji w ramach „Programu wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2021-2025” w 2024 r. -
data

miałem/am wykonane badanie RTG klatki piersiowej (w projekcji określonej przez lekarza na skierowaniu) ze środków publicznych **w dniu badania** przewidzianego do realizacji w ramach „Programu wczesnego wykrywania gruźlicy wśród osób powyżej 26 lat zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2021-2025” w 2024 r. -
data

.....
data, podpis uczestnika

Uwagi Zleceniobiorcy

.....
.....

.....
data, podpis Zleceniobiorcy