

NR DOKUMENTACJI:

NR BADANIA:

Miejscowość:

Nr z listy obecności.....

Imię i nazwisko technika

Imię i nazwisko administratora

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania:

Data badania:

Symbol badania:

Numer rundy skryningowej:

Adres korespondencyjny

1. PESEL:

2. Data urodzenia:

3. Nazwisko:

4. Imię:

5. Kod, Miasto:

6. Gmina/Dzielnica:

7. Ulica:

8. Nr telefonu:

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail?

10. Numer telefonu komórkowego:

11. Adres e-mail:

12. Zajęcie: uczeń pracownik umysłowy pracownik fizyczny
 rolnik emeryt/rencista inny

13. Wykształcenie: niepełne podstawowe podstawowe zas. zawodowe
 średnie niepełne wyższe wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:

lekarz POZ zaproszenie SMS
 lekarz specjalista imienne zaproszenie otrzymane pocztą
 położna lub pielęgniarka środowiskowa prasa, radio, telewizja, Internet
 inne źródła, jakie?

15. Pierwsza miesiączka (wiek): nie pamiętam

Ostatnia miesiączka (wiek): nie pamiętam

16. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?

17. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

nie dawniej obecnie powyżej 5 lat

18. Czy bada Pani sobie piersi sama? nie co miesiąc czasami

19. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? nie tak

20. Mutacja? nie tak

21. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie tak

u matki nie przed 50-tym rokiem życia po 50-tym roku życia

u siostry nie przed 50-tym rokiem życia po 50-tym roku życia

u córki nie tak

u innych krewnych (podać pokrewieństwo):

22. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? nie tak

W której piersi: prawa lewa obie

Jakie zmiany: ból guzek, zgrubienie wciągnięcie brodawki

wyciek z brodawki zmiany na skórze piersi

zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

inne objawy (proszę podać jakie):

23. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? nie tak

jeśli tak, w którym roku było ostatnie badanie? ... nie pamiętam

Ile było wszystkich mammografii? ...

24. Uwagi:

.....

-Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000). (obowiązkowe)

-Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/przekazanie drogą SMS zawiadomienia o kolejnej wizycie. (nieobowiązkowe, niepotrzebne skreślić)

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

* niepotrzebne skreślić

SPRAWDŹ POPRAWNOŚĆ DANYCH PRZED ZŁOŻENIEM PODPISU

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny w celu uzgodnienia terminu kolejnego badania mammograficznego.

TAK **NIE**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

Czy upoważnia Pani kogokolwiek do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej ?

TAK **NIE**

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy