

NR DOKUMENTACJI:

NR BADANIA:

Miejscowość: Warszawa

Nr z listy obecności.....

**Warszawa – Szpital Św.  
Elżbiety**

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)

...Warszawa.....  
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**

...Warszawa.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

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

**TAK**  **NIE**

...Warszawa.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy