

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 tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u siostry nie tak (przed 50-tym rokiem życia) tak (po 50-tym roku życia)

u córki nie u innych krewnych (podać pokrewieństwo):.....

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

w której piersi: prawa lewa

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? ile było wszystkich mammografii?

24. Uwagi:

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych (Dz. Ust. z 2002r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.) w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

*niepotrzebne skreślić