

# ANKIETA DO BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH DIAGNOSTYCZNYCH

ze skierowaniem lekarskim

## Adres zamieszkania

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?  nie  tak
10. Nr telefonu komórkowego: .....
11. Adres e-mail: .....

Potwierdzam poprawność danych osobowych przedstawionych na wydruku

Podpis Pacjentki

12. Pierwsza miesiączka (wiek): .....  nie pamiętam  
Ostatnia miesiączka (wiek): .....  nie pamiętam
13. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? .....
14. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?  nie  dawniej  obecnie  powyżej 5 lat
15. Czy bada Pani piersi sama?  nie  co miesiąc  czasami
16. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz?  nie  tak
17. Mutacja?  nie  tak
18. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi?  nie  tak  
 u matki  nie  przed 50. r.ż.  po 50. r.ż.  
 u siostry  nie  przed 50. r.ż.  po 50. r.ż.  
 u córki  nie  tak  
 u innych krewnych (proszę podać pokrewieństwo) .....

19. 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)

20. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?  nie  tak  
Jeśli tak, w którym roku było ostatnie badanie?.....  nie pamiętam  
Ile było wszystkich mammografii?.....

21. Uwagi: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i 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). (zгода obowiązkowa)

Wyrażam zgodę na przesyłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/drogą SMS zawiadomienia o kolejnej wizycie. (zгода nieobowiązkowa)

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

### Sprawdź poprawność danych przed złożeniem podpisu

Czy wyraża Pani 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