

ANKIETA DO BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH DIAGNOSTYCZNYCH

ze skierowaniem lekarskim

Nr z listy obecności:

Imię i nazwisko technika:

Imię i nazwisko administratora:

Data badania:

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?
 nie tak

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy

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

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis świadczeniobiorcy