

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania: Data badania:
Symbol badania: Numer rundy skryningowej:

Adres zamieszkania
1. PESEL: 5. Kod, Miasto:
2. Nazwisko: 6. Gmina/Dzielnica:
3. Imię: 7. Ulica:
4. Data urodzenia: 8. Nr telefonu:

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

10. Nr 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 inne źródła, jakie?
 prasa, radio, telewizja, Internet

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 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? / nie pamiętam
ile było wszystkich mammografii?

24. 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). (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

.....
podpis świadczeniobiorcy