

Miejscowość.....

Nr z listy obecności.....

LUXMED GDA

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 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?.....

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 wyższe
 niepełne 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): ostatnia miesiączka (wiek):

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?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