

Miejscowość.....

Nr z listy obecności.....

**LUXMED WAW**

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  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): ..... 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