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

ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA PIERSI

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

1. PESEL: .....
2. Nazwisko: .....
3. Imię: .....
4. Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania
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
☐ lekarz specjalista
☐ położna lub pielęgniarka środowiskowa
☐ prasa, radio, telewizja, Internet
☐ zaproszenie SMS
☐ imienne zaproszenie otrzymane pocztą
☐ inne źródła, jakie? .....

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