

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

## 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