NFZ

medica

ul. Szparagowa 10
91-211 Łódź
Infolinia mammograficzna
T 42 254 64 10
517 544 004
salvemedica.pl

ANKIETA

dla kobiet objętych populacyjnym programem wczesnego wykrywania raka piersi

PESEL: **OW NFZ:** **Data badania:**

Nazwisko: **Gmina:**

Imię: **Kod pocztowy:** **Miejscowość:**

Tel.: **Ulica:**

E-mail: **Nr domu:** **Nr lokalu:**

1. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? ☐ tak ☐ nie
2. Zajęcie: ☐ pracownik umysłowy ☐ rolnik ☐ pracownik fizyczny ☐ emeryt/rencista ☐ inne
3. Wykształcenie: ☐ niepełne podstawowe ☐ podstawowe ☐ zasadnicze zawodowe ☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe
4. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:
   ☐ lekarz POZ ☐ położna lub pielęgniarka ☐ zaproszenie SMS ☐ inne:
   ☐ lekarz specjalista ☐ prasa, radio, TV, internet ☐ imienne zaproszenie otrzymane pocztą
5. Pierwsza miesiączka (wiek): ☐ / ☐ nie pamiętam; Ostatnia miesiączka (wiek): ☐ / ☐ nie pamiętam
6. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu?
7. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne? ☐ nie ☐ dawniej ☐ obecnie ☐ powyżej 5 lat
   Jakie?
8. Czy bada Pani sobie piersi sama? ☐ nie ☐ co miesiąc ☐ czasami
9. Czy w ostatnim roku badał Pani piersi lekarz? ☐ nie ☐ tak
10. Mutacja (rak piersi - obciążenia genetyczne)? ☐ nie ☐ tak
11. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi?
    ☐ 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 ☐ tak (przed 50-tym rokiem życia) ☐ tak (po 50-tym roku życia)
    ☐ u innych krewnych (proszę podać pokrewieństwo):
12. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ nie ☐ tak
    W której piersi? ☐ prawa ☐ lewa
    Jakie? ☐ guzek, zgrubienie ☐ wciągnięcie brodawki ☐ wyciek z brodawki ☐ zmiany na skórze piersi
    ☐ ból ☐ zabieg chirurgiczny w obrębie piersi ☐ inne objawy - jakie:
13. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? ☐ nie ☐ tak
    Jeśli tak, to kiedy? - rok: ☐ / nie pamiętam ☐ Ile było wszystkich badań?
14. Czy ma Pani rozrusznik serca? ☐ nie ☐ tak
15. Uwagi:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

☐ Wyrażam zgodę dla Medica i Salve Medica na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm.), w tym w celach marketingowych dotyczących nowych usług oferowanych przez Medica/Salve Medica lub informacji o planowanych wydarzeniach, spotkaniach itp. organizowanych przez Medica/Salve Medica.

Miejsce i data: **Podpis pacjentki:**