

ANKIETA DO BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY I O ZAZNACZENIE KÓŁKIEM WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI.

Informacje podane przez Panią są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

CZY JEST PANI OBECNIE POMIĘDZY 7-14 DNIEM CYKLU MENSTRUACYJNEGO? (LICZĄC OD PIERWSZEGO DNIA KRWAWIENIA)

TAK	NIE
<i>(Opis)</i>	

CZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY BYŁA PANI PODDANA RADIOTERAPII?

TAK	NIE
<i>(Opis)</i>	

CZY W CIĄGU OSTATNICH 6 MIESIĘCY BYŁA WYKONYWANA BIOPSJA GRUBO IGŁOWEJ? (NIE DOTYCZY KWALIFIKACJI DO BTC)

TAK	NIE
<i>(Opis)</i>	

CZY W CIĄGU OSTATNICH 6 TYGODNI STOSOWANA BYŁA HORMONALNA TERAPIA ZASTĘPCZA?

TAK	NIE
<i>(Opis)</i>	

PODPISUJĄC ANKIETE POTWIERDZAM ZROZUMIENIE JEJ TREŚCI ORAZ AUTENTYCZNOŚĆ PODANYCH W NIEJ DANYCH. WYRAŻAM RÓWNIEŻ ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE BADANIA.

MIEJSCOWOŚĆ:

DNIA:

CZYTELNY PODPIS PACJENTA:

	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
--	---	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)