

## 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:

		
--	---	--

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