Pracownie Rezonansu Magnetycznego
MR DIAGNOSTIC.PL Sp. z o.o. Sp. K.

Elbląg tel.: (55) 506 55 55
Iława tel.: (89) 506 55 66
Bartoszyce tel.: (89) 506 55 56
Działdowo tel.: (23) 306 75 55
Ostróda tel.: (89) 506 55 99

NIP 5783078480 www.mrdiagnostic.pl

mrdiagnostic

ANKIETA DO BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Prosimy o czytelne wypełnienie literami drukowanymi poniższej ankiety i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi według poniższego przykładu.

PRZYKŁAD:	(TAK)	NIE

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

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

TAK	NIE
(Opis)	

CZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY BYŁA PANI PODDANA RADIOTERAPII?

TAK	NIE
(Opis)	

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

TAK	NIE
(Opis)	

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

TAK	NIE
(Opis)	

Podpisując ankietę 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)