

Анкета щодо стану здоров'я

Особисті дані (зірочкою позначені поля, обов'язкові для заповнення)

Прізвище _____

Ім'я _____

Адреса _____

Індекс/місто _____

Дата народження _____

N2 справ _____

Тер. * _____

Моб. _____

Ел. пошта _____

Лікарняна каса * _____

N2 страховки ANV _____

Результат обстеження буде переданий Вам і Вашому гінекологу протягом 8 робочих днів у письмовій формі.

**Будь ласка, надайте нам
контактні дані Вашого гінеколога**

Прізвище, ім'я _____

Індекс/місто _____

**Будь ласка, надішліть результати
також моєму домашньому лікарю**

Прізвище, ім'я _____

Індекс/місто _____

ВАЖЛИВО! Заява про згоду

Своїм підписом

- В підтверджую, що мене було поінформовано про пріоритетність і ранньої діагностики, її переваги та межі;
- В підтверджую, що розумію, що за це обстеження нараховується діюча сума без дір і в рахунок вставляється готівка збір на власне утримання в розмірі No 20 швейцарських франків, і тому я не отримую автоматично згенеровану копію рахунку, але якщо вона мені знадобиться, я можу звернутися до програмного центру;
- Вважаю позитивним перебігом моїх маммограм, які були отримані раніше і перебували на зберіганні, відповідно до вимог/гікари/гікари інституту радиології, а також акредитованого радіолога;
- Вважаю позитивним обмін моїми медичними й персональними даними (дані — «Нані») між фахівцями, що беруть участь у скринінгу, поштою та електронною поштою із швидким обміном, а також на збір і зберігання моїх даних організацією Krebsliga beider Basel (дані — Krebsliga) у тому обсязі, в якому це абсолютно необхідно для реалізації програм скринінгу раку могочної загози й забезпечення її якості (мені відомо, що обробка цих даних буде здійснюватися з дотриманням вимог щодо конфіденційності);
- Вважаю позитивним обміном інформацією між зазначеними мною лікарями й іншими медичними працівниками та ранньої діагностики Krebsliga в тому обсязі, в якому це абсолютно необхідно для реалізації програм скринінгу раку могочної загози та забезпечення її якості;
- В підтверджую, що мені відомо, що за моєї участі в програмі скринінгу раку могочної загози в разі діагностування раку могочної загози діагноз із персональними даними будуть передані до реєстру хворих на рак Krebsregister beider Basel;
- Вважаю позитивним перебігом організацією Krebsliga мінімального обсягу даних (прізвище, ім'я, дата народження та адреса) до кантонального реєстру хворих на рак у разі відсутності відповідних нормативів у цих забезпеченнях якості програм, а також на отримання організацією Krebsliga персональних діагностичних даних, отриманих у період між двома обстеженнями;
- В підтверджую, що мені відомо, що мої дані в анонімізованому вигляді можуть використовуватися в інших статистичних покращеннях якості програм;
- Вважаю позитивним передачу моєї справ в разі переїзду в інший кантон програму скринінгу кантону, до якого я переїду;
- Вважаю позитивним перебігом результатів регістрації даних програм обстежень, що будуть проведено після скринінгу, організацією Krebsliga для забезпечення якості програм скринінгу раку могочної загози;
- В підтверджую, що мене в повному обсязі поінформовано щодо використання, передачі та зберігання моїх даних, а також про те, що в мене є право в будь-який час ознайомитися зі збереженими даними, що стосуються мене, вимагати їх виправлення та висловити протест проти використання цих даних.

Місце, дата

Підпис

Чому ми ставимо запитання щодо Вашого здоров'я? Інформація, яку Ви надасте в цій анкеті, важлива для двох рентгенологів, які будуть розглядати Ваші мамограми незалежно один від одного.

Я вже заповнювала цю анкету. Невже треба заповнити її знову?

ТАК, бо після останньої мамографії дані могли змінитися.

1. Чи робили Вам уже мамографію?

Якщо так, коли?

Якщо так, чому?

Так Ні

Дата:
Назва закладу:

Рання діагностика
 Проблеми з грудьми
 Інші причини
 Не знаю

2. Чи приймаєте Ви зараз гормональні препарати?

Чи приймали Ви гормональні препарати раніше?

Ні
 Так _____ Скільки років?

Ні, ще ніколи
 Так _____ Скільки років уже не приймаєте?
Скільки років тривав курс лікування? _____

3. Чи був діагностований рак молочної залози у Вашої матері, сестри або доньки?

Якщо так, скільки років їм було, коли був діагностований рак молочної залози?

50 років або більше
Менше 50 років
Не знаю

Ні Так

Вашій матері	Вашій сестрі	Вашій доньці	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. Чи є у Вас зараз скарги щодо грудей?

Якщо так:

Біль
Витік рідини із соска
Вузли
Інші зміни (опишіть якомога докладніше)

Ні Так

Права грудь	Ліва грудь
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Чи робили Вам у минулому операції на грудях?

Якщо так:

Доброякісна зміна (кіста, фіброма тощо)
Рак молочної залози
Збільшення та/або зменшення грудей
Не знаю
Інше (опишіть):

Ні Так

Права грудь	Ліва грудь	Короткий опис	Рік
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		