

Upitnik o zdravstvenom stanju

Lični podaci (*obavezna polja)

Prezime

Ime

Adresa

Poštanski br. / mesto

Datum rođenja

Vaš referentni br.

Kontakt tel. tokom dana*

Br. mob.

E-pošta

Zdravstveno osiguranje*

Br. zdrav. osiguranja

Rezultat pregleda će biti dostavljen Vama i Vašoj **ginekološkinji / Vašem ginekologu** pisanim putem u roku od 8 radnih dana.

Navedite Vašu ginekološkinju / Vašeg ginekologa

Prezime, ime

Poštanski broj / mesto

Pošaljite rezultat i mojoj izabranoj lekarki / izabranom lekaru opšte prakse

Prezime, ime

Poštanski broj / mesto

VAŽNO – Saglasnost

Svojim potpisom

- potvrđujem da sam upoznata s natinom funkcionisanja prevencije i ranog otkrivanja, njihovim prednostima i granicama.
- potvrđujem da sam razumela da se troškovi ovog pregleda obratunavaju kao fiksni troškovi oslobođeni franšize i da će mi biti naplaćena samo participacija u iznosu od najviše CHF 20 – i da stoga neću dobiti automatsku kopiju ratuna. Ukoliko ipak budem želela kopiju ratuna, obratiću se centru Programa.
- dozvoljavam dostavljanje svojih prethodno napravljenih i satuvanih mamografskih snimaka odgovornoj lekarki / odgovornom lekaru Instituta za radiologiju, kao i akreditovanim radiolozima/radiološkinjama.
- dozvoljavam razmenu svojih medicinskih i litnih podataka (u daljem tekstu „podaci“) među strutnim osobljem zaduženim za skringing, kako putem pošte, tako i u obliku zaštićene e-pošte, obradu i tuvanje svojih podataka od strane Lige za borbu protiv karcinoma provincije Bazel i grada Bazela (u daljem tekstu „Liga za borbu protiv karcinoma“) dokle god je to neophodno za sprovođenje Programa skringing mamografije i obezbeđivanje njegovog kvaliteta; ti podaci se smatraju poverljivim.
- dozvoljavam razmenu informacija među lekarima / lekarkama koje sam navela i odeljenja za prevenciju i rano otkrivanje Lige za borbu protiv karcinoma sve dok je to neophodno za sprovođenje Programa skringing mamografije i obezbeđivanje njegovog kvaliteta.
- potvrđujem da sam primila k znanju da će mojim utešćem na Programu skringing mamografije biti izvršena prijava dijagnoze raka dojke Registru obolelih od karcinoma provincije Bazel i grada Bazela.
- dozvoljavam da Liga za borbu protiv karcinoma u slutaju urednog nalaza prosledi osnovne podatke (ime, prezime, datum rođenja i adresu) Registru obolelih od karcinoma u kantonu u svrhu obezbeđivanja kvaliteta, kao i da dobije moje litne dijagnostitke podatke koji su prikupljeni u period između dva pregleda.
- potvrđujem da sam primila k znanju da se moji podaci u anonimnom obliku mogu koristiti u statistike svrhe i za poboljšanje kvaliteta Programa.
- dozvoljavam da se moja evidencija u slutaju selidbe prosledi zvanitnom skringing programu mog novog kantona.
- dozvoljavam prosleđivanje rezultata daljih pregleda relevantnih za skringing Ligi za borbu protiv karcinoma u svrhu obezbeđivanja kvaliteta Programa skringing mamografije.
- potvrđujem da sam detaljno obavestena o korišćenju, prosleđivanju i tuvanju svojih podataka; imam pravo na uvid u svoje podatke u svakom trenutku, pravo da ih ispravim i da uložim žalbu.

Mesto, datum

Potpis

Zašto Vam postavljamo pitanja o zdravlju? Vaši podaci iz ovog upitnika su važni za dva radiologa koji nezavisno jedan od drugog tumače Vaše mamografske snimke.

Već sam jednom ispunila ovaj upitnik. Da li moram još jednom da ga ispunim?

DA, jer postoji mogućnost da su se podaci promenili u odnosu na Vaš poslednji pregled mamografom.

1. Da li ste već radili mamografiju?	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Ukoliko da, kada?	Datum:
Ukoliko da, zašto?	Naziv ustanove:
	<input type="checkbox"/> rano otkrivanje
	<input type="checkbox"/> problemi sa dojkama
	<input type="checkbox"/> drugi razlozi
	<input type="checkbox"/> ne znam

2. Da li koristite hormonske preparate kao terapiju?	<input type="checkbox"/> ne
Da li ste ranije koristili hormonske preparate kao terapiju?	<input type="checkbox"/> da, od pre _____ godina
	<input type="checkbox"/> ne, nikada
	<input type="checkbox"/> da, od pre _____ godina više ne koristim, trajanje korišćenja _____ godina

3. Da li Vaša majka, sestra ili ćerka boluju od raka dojke?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da																
Ukoliko da, koliko godina su imale u trenutku postavljanja dijagnoze raka dojke?																	
50 godina ili starija	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><th style="width: 25%;">Vaša majka</th><th style="width: 25%;">Vaša sestra</th><th style="width: 25%;">Vaša ćerka</th><th style="width: 25%;"></th></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr></table>	Vaša majka	Vaša sestra	Vaša ćerka		<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"/>	
Vaša majka	Vaša sestra	Vaša ćerka															
<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"/>															
mlađa od 50 godina																	
ne znam																	

4. Da li sada imate probleme sa dojkama?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da										
Ukoliko da:											
bolovi	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><th style="width: 50%;">Desna dojka</th><th style="width: 50%;">Leva dojka</th></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Desna dojka	Leva dojka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desna dojka	Leva dojka										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
iscedak iz bradavice											
čvorovi											
druge promene (navesti detaljnije informacije)											

5. Da li ste u prošlosti imali operaciju dojki?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da																				
Ukoliko da:																					
dobročudna promena (cista, fibrom itd.)	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><th style="width: 25%;">Desna dojka</th><th style="width: 25%;">Leva dojka</th><th style="width: 25%;">Kratak opis</th><th style="width: 25%;">Godina</th></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr></table>	Desna dojka	Leva dojka	Kratak opis	Godina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Desna dojka	Leva dojka	Kratak opis	Godina																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
rak dojke																					
povećanje grudi / smanjivanje grudi																					
ne znam																					
drugo (dopuniti):																					

Podatke proverio Institut za radiologiju (potpis):