

\_\_\_\_\_  
Data badania

**Pacjent**

\_\_\_\_\_  
Imię

\_\_\_\_\_  
Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

\_\_\_\_\_  
Wiek

**Adres zamieszkania**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Nr domu

\_\_\_\_\_  
Nr lokalu

\_\_\_\_\_  
Nr telefonu

	TAK		NIE
	Tak, prawa pierś	Tak, lewa pierś	
Czy wyczuwa Pani zmiany w piersi?			
Czy stwierdza Pani wycieki z brodawki sutkowej? Jeśli tak, to jakiego koloru.			
Czy przeżyła Pani operację piersi? Jeśli tak to jaką			
Operacja plastyczna.			
Wycięcie guzka łagodnego.			
Operacja oszczędzająca z powodu raka piersi. Jeśli tak, to w którym roku.			
Mastektomia. Jeśli tak, to w którym roku.			
Czy przyjmuje Pani hormonalną terapię zastępczą? Jeśli tak, to od kiedy.			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy Pani rodziła? Jeśli tak, to ile razy i w jakim wieku.			
Czy u Pani matki lub siostry wystąpił rak piersi lub jajnika? Jeśli tak, to w jakim wieku.			

**BADANIA OBRAZOWE PIERSI**

	TAK	Rok badania	NIE
Czy miała Pani wykonywane USG piersi?			
Czy miała Pani wykonywaną Mammografię?			

Oświadczam, że nie zataiłam świadomie żadnych szczegółów dotyczących stanu mojego zdrowia, dotychczasowego leczenia, choroby i przyjmowanych leków.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzanie badania Mammografii. Zostałam szczegółowo, wyczerpująco i zrozumiale poinformowana o przebiegu badania, przeciwwskazaniach, możliwych powikłaniach.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego