

Dotazník pred mamografickým vyšetrením

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:
Odosielajúci lekár:

Otázky (odpovedajte, prosím, pravdivo, ide o Vaše zdravie) – vyberte správnu odpoveď

Vyskytol sa vo Vašej rodine **zhubný nádor PRSNÍKA** alebo **VAJEČNÍKA**?

Ak áno: Áno Nie
u matky sestry dcéry otca starej matky tety
netere ?

V akom veku:

Mali ste v minulosti už realizované mamografické vyšetrenie?
Ak áno, kedy a kde: Áno Nie

Podstúpili ste niekedy operáciu prsníka?
Ak áno, ktorého: ľavého pravého a v ktorom roku Áno Nie

Bol u Vás realizovaný odber vzorky z prsníka (tzv. biopsia)?
Ak áno, z ktorého prsníka: ľavého pravého Áno Nie

Podstúpili ste niekedy liečbu žiarením na oblasť hrudníka?
 Áno Nie

Mali ste niekedy úraz prsníka?
Ak áno, ktorého prsníka? ľavého pravého v akom veku: Áno Nie

Máte momentálne nejaké problémy s prsníkom?
Ak áno, aké: Áno Nie

Hmatáte si v súčasnosti nejaký **NOVOVZNIKNUTÝ** útvar (hrčku) v prsníku?
V ktorom prsníku? ľavý pravý Áno Nie

Je prítomná sekrécia (výtok) z bradavky?
 Áno Nie

Užívate hormonálnu liečbu aj v súčasnosti (hormonálna substitúcia, hormonálna antikoncepcia, liečba pri asistovanej reprodukcii)?
 Áno Nie

Dotazník bude priložený k Vašej mamografickej dokumentácii.

Informovaný súhlas pacienta

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola poučená a informovaná podľa § 6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách poskytovanej zdravotnej starostlivosti a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením, ako aj pravdivosť uvedených údajov.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že v čase vyšetrenia nie som tehotná.

Podpis pacienta:

(vzťah k pacientovi:)

V Malackách dňa:

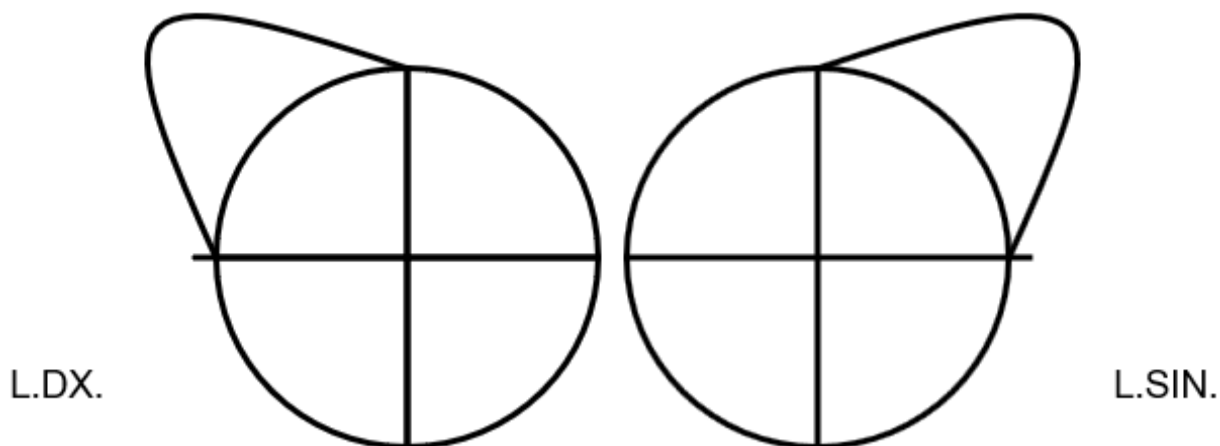
**Informovaný súhlas s bioptickým výkonom
/podpisuje sa len v prípade potreby tesne pred zákrokom/**

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola poučená a informovaná podľa §6 zákona č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, postupe, možných rizikách, komplikáciách navrhovaného bioptického výkonu a svojím podpisom potvrdzujem svoj súhlas s daným vyšetrením, ako aj pravdivosť uvedených údajov.

Podpis pacienta:

(vzťah k pacientovi:)

V Malackách dňa



Pre spoločnosť Nemocničná a.s. je veľmi dôležité, aby bolo zabezpečené spracúvanie a ochrana osobných údajov jej pacientov a klientov v súlade s platnou legislatívou. Viac informácií o účeloch a spôsobe spracúvania Vašich osobných údajov a Vašich právach, ktoré si môžete uplatniť nájdete na stránke www.nemocnicna.sk alebo na výveskách v našich čakárňach.

Prosíme dotazník tlače na jednu stranu.