

Dotazník pred mamografickým vyšetrením

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Odosielajúci lekár:

Otázky (odpovedajte, prosím, pravdivo, ide o Vaše zdravie) - správnu odpoveď zakrúžkujte:

Vyskytol sa vo Vašej rodine onkologické ochorenie prsníka? áno nie

Ak áno: u matky, sestry, dcéry

V akom veku:

Mali ste v minulosti už realizované mamografické vyšetrenie? áno nie

Ak áno, kedy a kde:

Podstúpili ste niekedy operáciu prsníka? áno nie

Ak áno, ktorého a v ktorom roku:

Bol u Vás realizovaný odber vzorky z prsníka - biopsia? áno nie

Ak áno, z ktorého prsníka:

Podstúpili ste v minulosti liečbu žiarením v oblasť hrudníka? áno nie

Mali ste niekedy úraz prsníka? áno nie

Ak áno, ktorého prsníka, v akom veku:

Máte momentálne nejaké problémy s prsníkom? áno nie

Ak áno, ktorého a aké:

Hmatáte si v súčasnosti nejaký **NOVOVZNIKUTÝ** útvar (hrčku) v prsníku? áno nie

V ktorom prsníku:

Je prítomná sekrécia (výtok) z bradavky? áno nie

Ak áno, v ktorom:

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

Ste tehotná? áno nie

Prehlasujem, že som bol riadne a v plnom rozsahu poučený o priebehu vyšetrenia a možných rizikách.

Súhlasím – týmto dávam informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti

- beriem na vedomie, že tento informovaný súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať

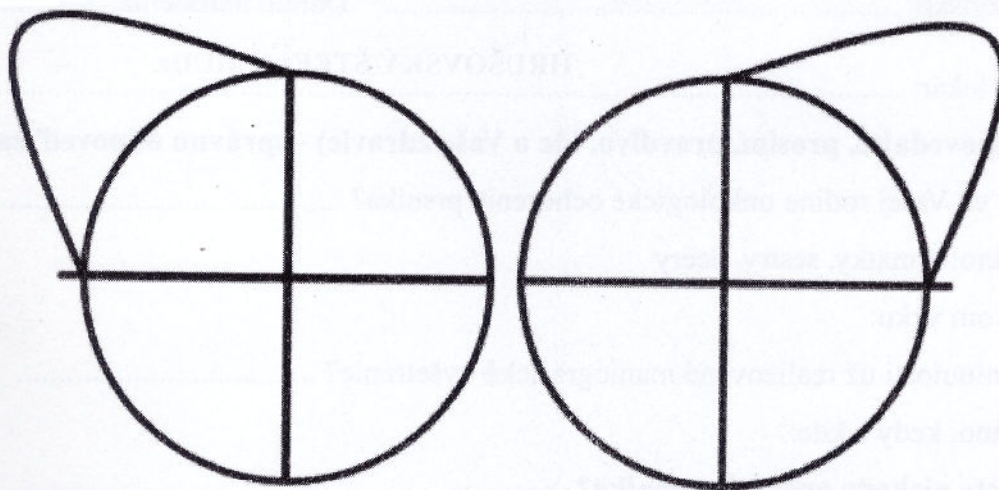
- budem spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotníkmi pracovníkmi a budem dodržiavať predpísaný liečebný režim.

Svojim podpisom potvrdzujem vyššie uvedené skutočnosti a to, že som sa rozhodol slobodne, bez nátlaku, pri plnom vedomí, zároveň prehlasujem, že nie som pozbavený spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená.

Podpis pacienta: _____ V Michalovciach dňa: _____

Anatomický piktoqram

vyplní rádiologický technik



L.DX.

L.SIN.