

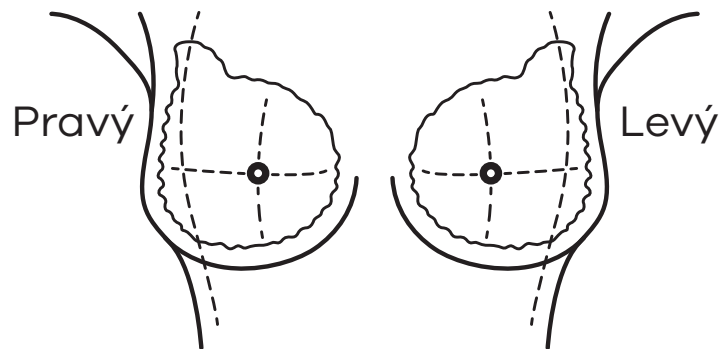
Mamografický screening - dotazník rizikových faktorů

SPRÁVNOU ODPOVĚĚ ZAŠKRTNĚTE ☒

- ANO NE **1. Pozorujete stálé či nové změny ve Vašich prsech (hmatné zduření – bulka, vtažená pokožka, změny barvy pokožky, asymetrie, výtok z bradavek aj.)?**

Pokud ano, blíže specifikujte vyznačením na obrázku stranu a místo obtíží:

- délka trvání obtíží:
- charakter obtíží:



- ANO NE **2. Podstoupila jste operaci, plastiku prsu nebo odběr vzorku z prsu?**

- operaci plastiku odběr vzorku

Pokud ano, uveďte prosím na jakém prsu: pravý levý

a datum zákroku

- ANO NE **3. Vyskytl se u Vás nebo ve Vaší rodině zhoubný nádor prsu, vaječníku či jiné zhoubné nádorové onemocnění?**

Pokud ano, uveďte prosím, u jakého člena rodiny a v kolika letech byl

u příbuzného nádor zjištěn: vaječníku prsu jiné

babička, věk, matka, věk, sestra, věk

dcera, věk, teta, věk

- ANO NE **4. Vylučujete těhotenství?**

- ANO NE **5. Byla jste na mamografickém vyšetření v průběhu posledních 2 let na jiném mamografickém pracovišti?**

Pokud ANO napište název pracoviště

- ANO NE **6. Užíváte nebo užívala jste hormonální léčbu (jinou než hormonální antikoncepci)?**

Jestliže ANO uveďte dobu užívání

Obratěte ↗

UPOZORNĚNÍ: V České republice má každá žena ve věku od 45 let právo na bezplatné preventivní mamografické vyšetření jednou za dva roky. V případě, že jsou vyšetření prováděna v kratších intervalech, můžete být vyzvána k úhradě tohoto vyšetření. Míra jistoty výsledku po provedeném mamografickém vyšetření nemusí být vždy stoprocentní. Některé typy nádorového postižení prsu nemusí být mamografií detekovatelné (zobrazitelné). Proto doporučujeme též samovyšetření a při jakémkoliv změně okamžitě kontaktujte svého ošetřujícího lékaře.

DORUČOVÁNÍ: Souhlasím s tím, aby výsledky z mamografického screeningu byly v listinné podobě doručeny jako obyčejná poštovní zásilka k rukám lékaře, který mi na tento typ preventivního vyšetření vystavil žádanku.

ANO NE

Zaškrtnete-li, že nesouhlasíte se specifikovaným způsobem doručení, bude v takovém případě nevyhnutelné, abyste si výsledky z mamografického screeningu vyzvedla u poskytovatele zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení Vám byl mamografický screening proveden.

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Já, níže podepsaný/á:

Titul, jméno a příjmení: Datum narození:

Ulice a číslo popisné: E-mail:

Město/ obec: Telefon:

PSČ:

tímto vyjadřuji souhlas s tím,

aby v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění (dále jen „ZOOÚ“) a zákona č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, společnost EUC Klinika a.s., IČ: 609 17 415 se sídlem Libušina 203, 535 01 Přelouč, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Hradci Králové oddíl B, vložka 1175 (dále jen „správce osobních údajů“), výlučně v souvislosti s rozsahem následujících dvou účelů, které spočívají v:

a) zajišťování pozvání na preventivní zdravotní prohlídky nebo k jiné podobné komunikaci, a to v nejrůznějších formách; b) realizaci vědeckého a statistického šetření a dále také realizaci šetření v rámci mamografického screeningového programu,

přijímal, shromažďoval, uchovával, a i jinak v nezbytném rozsahu zpracovával veškeré mé osobní údaje, které jsem poskytl/a bezprostředně správci osobních údajů, přičemž zpracovávání osobních údajů za účelem, který je specifikován v ustanovení bodu b), bude prováděno výlučně v anonymizované podobě. U osobních údajů, jež jsem poskytl/a správci osobních údajů, dále souhlasím s takovým způsobem jejich zpracování, jež spočívá i v tom, že správce osobních údajů je oprávněn poskytnout zmíněné osobní údaje na základě písemné smlouvy o zpracování osobních údajů jeho externím dodavatelům služeb, které budou poskytovány výlučně v souvislosti s dosažením výše specifikovaných účelů.

Takovými osobními údaji, jež jsou v souvislosti s účelem zpracování specifikovaným v bodě a) zahrnuti pod tento můj souhlas, bude zejména moje křestní jméno, příjmení, adresa místa bydliště, telefonní číslo, informace týkající se mého zdravotního stavu. V souvislosti s účelem zpracování specifikovaným v bodě b) jsou pod tento můj souhlas zahrnuti osobní údaje spočívající zejména v adrese místa bydliště, datu narození, informacích týkajících se mého zdravotního stavu. Správce osobních údajů se zavazuje, že s výjimkou případu specifikovaného výše neposkytne osobní údaje shromážděné o mé osobě žádným dalším třetím osobám a ani příslušné osobní údaje nepoužije mimo rozsah výše specifikovaných dvou účelů zpracování.

Beru na vědomí, že podrobné a aktuální informace o jednotlivých způsobech zpracování mých osobních údajů, jsou na vyžádání k dispozici u správce osobních údajů. Dále beru na vědomí, že po dobu trvání účinnosti tohoto souhlasu mám právo přístupu ke svým osobním údajům dle ustanovení § 12 ZOOÚ a právo na opravu osobních údajů, jakož i další práva uvedená v ustanovení § 21 ZOOÚ (tj. právo žádat správce osobních údajů o vysvětlení, právo žádat o odstranění závadného stavu, právo obrátit se svým podnětem na Úřad pro ochranu osobních údajů).

Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně. Souhlas uděluji ve výše uvedeném rozsahu, a to s účinností ode dne jeho podpisu na dobu neurčitou. Tento souhlas však uděluji do doby jeho odvolání. V této souvislosti beru na vědomí, že tento souhlas mohu kdykoliv mým jednostranným projevem vůle odvolat.

V Pardubicích dne Podpis

Vyplněný dotazník zůstává součástí mamografické dokumentace klientky v centru.

Datum	Podpis