

Sağlık Soru Formu

Dosya numaranız
«IdDossier»

Kişisel veriler

Soyadı
Adı
Adresi
Posta kodu/il
Tel. ev
Tel. işyeri
Sağlık sigortası
Uyruğu
Notlar:

Kızlık soyadı
Doğum tarihi
Meslek/Faaliyet
Ana dili
Cep tel.
E-Mail
Sigorta No
AHV-No.

İncelemenin sonucu sekiz çalışma günü içinde size ve jinekoloji doktorunuza yazılı olarak bildirilecektir.

Lütfen bize jinekoloji doktorunuzu belirtiniz

Soyadı
Adı
Adresi
Posta kodu/il

Sonucu lütfen buraya da gönderiniz:

Aile hekimi Başka hekim

Soyadı
Adı
Adresi
Posta kodu/il

Size neden sağlığınız ile ilgili sorular soruyoruz? Bu soru formundaki verileriniz birbirlerinden bağımsız olarak mamografi-filmlerinizi değerlendiren iki röntgen hekimi için önemlidir.

Bu soru formunu daha önce bir kez doldurmuştum. Yine doldurmam gerekiyor mu?

EVET, zira son mamografinizden buyana muhtemelen veriler değişmiştir.

1. Daha önce hiç mamografiniz çekildi mi?

Eğer evet ise, ne zaman?

Eğer evet ise, neden?

evet

hayır

Tarih:

Kurumun adı:

- erken teşhis
 göğüste sorunlar
 başka sebepler
 bilmiyorum

2. Hormon ilaçlarıyla tedavi görüyor musunuz?

Önceden hormon ilaçlarıyla tedavi gördünüz mü?

hayır

evet, _____ yıldan beridir

hayır, henüz hiç

evet, en son ne zaman: _____ süre: _____ ay

3. Anneniz, kız kardeşiniz veya kızınız meme kanserine yakalandı mı? Eğer evet ise, meme kanseri teşhisi konulduğu zaman itibariyle kaç yaşındaydılar?	<input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet
50 yaş veya daha üzeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 yaş veya daha üzeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilmiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Günümüzde meme şikâyetleriniz var mı? Eğer evet ise:	<input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet
Ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meme ucundan sıvı sızması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka bir değişiklik (lütfen bununla ilgili ayrıntılı bilgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Geçmişte bir meme ameliyatı geçirdiniz mi? Eğer evet ise:	<input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet
İyi huylu bir değişiklik (kist, iyi huylu tümör vs.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meme kanseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meme büyütmesi ve/veya meme küçültmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilmiyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başka (lütfen ekleyiniz):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Önemli – Rıza Beyanı

İmzam ile aşağıdakileri onaylıyorum

- benim bugüne kadar çekilen ve muhafaza edilen mamografi filmlerimin radyoloji enstitüsü yetkili hekimlerine ve yetki verilmiş radyologlara iletilebilmelerini.
- bana ait olan bilgilerin anonim hale getirilmiş bir şekilde, istatistiki amaçlar ve meme kanseri erken teşhisi programı kalite ve etki kontrolü için işlenebilir arşivlenebilmelerini.
- Meme Kanseri Erken Teşhis Programı'nın kalite ve etkinlik kontrolünün yapılabilmesi için olası bir meme kanseri hastalığı ile ilgili veriler Kanser Kayıt yetkilileri tarafından alınabilir. İş bununla Kanser Kayıt yetkilileri ve onların yardımcıları Meme Kanseri Erken Teşhis Programı doktorları nezdinde var olan gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum.
- olası bir meme kanseriyle bağlantılı olarak sonuçlar beni tedavi eden doktorlardan alınabilir. Burada rızamla onları, Meme Kanseri Erken Teşhis Programı doktorları nezdinde ve Kanser Kayıt yetkilileri nezdinde gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyorum. Bu veriler güvenli bir şekilde ve hekimlik gizli tutma yükümlülüğü gereğince işleneceklerdir.
- meme kanseri erken teşhisi hakkında bilgi edindiğimi.

Bu rıza beyanı tarafımda her an iptal edebilir.

Yer/Tarih:

İmza:

Şayet sağlık soru formunu doldurmada yardıma ihtiyaç duyarsanız, Krebsliga beider Basel'de program-merkezi size memnuniyetle yardımcı olur: Telefon 061 319 91 70.

Veriler tarama personeli tarafından kontrol edildi/dolduruldu (Soyadı, Adı):