

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

Nr identyfikacyjny badania:	Data badania: dd/mm/rrrr
Symbol badania:	Numer rundy skryningowej:
PESEL:	Adres zamieszkania:
Nazwisko:	ul.
Imię:	Kod pocztowy:
Wiek:	Miejscowość:
Nr telefonu*:	Adres e-mail*:

Informację o badaniu uzyskałam z:

☐ przychodnia POZ:	☐ lekarz POZ,	☐ lekarz specjalista	☐ prasa, radio, telewizja, Internet	indywidualne zaproszenie od realizatora programu:	☐ inne
☐ koordynator opieki POZ,	☐ położna/pielęgniarka POZ			☐ list, ☐ telefon, ☐ sms	

1. Czy jest Pani objęta „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”? ☐ Nie ☐ Tak

2. Czy jest Pani objęta leczeniem onkologicznym z powodu raka piersi, w tym „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi”? ☐ Nie ☐ Tak

3. Czy jest Pani w ciąży? ☐ Nie ☐ Tak

4. Pierwsza miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam Ostatnia miesiączka (wiek): / ☐ Nie pamiętam

5. Jeśli Pani rodziła, ile miała Pani lat podczas pierwszego porodu? / ☐ Nie dotyczy

6. Czy stosuje Pani hormonalną terapię (zastępczą) z powodu menopauzy? ☐ Nie, ☐ Tak (jaki rodzaj)

7. Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie genetyczne, w kierunku predyspozycji do zachorowania na raka piersi?
☐ Nie ☐ Tak, Jeśli tak, to jaki był wynik badania: ☐ mutacja BRCA1 ☐ mutacja BRCA2 ☐ inna (jaka)..... ☐ Nie wiem

8. Czy wśród członków Pani rodziny wystąpił rak piersi? ☐ Nie ☐ Tak -u matki ☐ Tak-u siostry ☐ Tak-u córki ☐ Nie wiem

9. Czy miała Pani zabieg chirurgiczny w obrębie piersi? ☐ Nie ☐ Tak – wymaga wypełnienia odpowiednich pól poniżej

Pierś prawa	☐ – z powodu raka piersi	Pierś lewa	☐ – z powodu raka piersi
	☐ zabieg oszczędzający pierś; rok:....		☐ zabieg oszczędzający pierś; rok:....
	☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:....		☐ pełna mastektomia (usunięcie piersi) rok:....
	☐ – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....		☐ – inny (np. implant piersi), rok:..... jaki?:.....

Oświadczam, że jestem po leczeniu chirurgicznym raka piersi, od którego minęło 5 lat i pozostaję w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) ☐ nie ☐ tak

Oświadczam, że zakończyłam leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu ☐ nie ☐ tak

10. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach? ☐ Nie ☐ Tak Pierś: ☐ prawa ☐ lewa

Dolegliwość/zmiana : ☐ ból ☐ guzek, zgrubienie ☐ wciągnięcie brodawki ☐ wyciek z brodawki
☐ zmiany na skórze piersi ☐ inne objawy (jakie):

11. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? ☐ Nie ☐ Tak – rok ostatniego badania / ☐ Nie pamiętam
 Ile miała Pani wykonanych wszystkich badań mammograficznych?

12. Czy w ostatnich 4-6 tygodniach została Pani zaszczepiona? ☐ nie ☐ tak, Jeśli tak, na co?

13. Uwagi:

Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach do wykonywania badania (np. ciąża) ☐ nie ☐ tak

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania mammograficznego w „Programie profilaktyki raka piersi” ☐ nie ☐ tak

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie* ☐ nie ☐ tak

.....
 Miejscowość i data

.....
 Podpis świadczeniobiorcy

Klauzula informacyjna Pacjenta

Niepublicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Diagnostyk Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień s.c.

Drogi Pacjencie, na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, że:

Administratorem Twoich danych osobowych jest Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Diagnostyk Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień s.c. z siedzibami w Zielonej Górze przy ul. Wazów 42 oraz przy ul. Wandy 27.

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Pan Piotr Walania, z którym można się kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail: iod@diagnostyk.pl) lub na wskazany wyżej adres administratora.

Masz prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAGNOSTYK Leszek Szyński, Wojciech Kwiecień s.c. przetwarza dane osobowe w celu prowadzenia działalności leczniczej, w szczególności w celu świadczenia przez Administratora usług medycznych oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej. Przetwarzaniu podlegają zarówno dane zwykłe jak i szczególnie chronione, t.j.: nazwisko i imię (imiona), numer PESEL, płeć, datę urodzenia, adres miejsca zamieszkania (pobytu), dane z dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz wszelkie inne informacje dotyczące procesu leczenia tworzące dokumentację medyczną, przede wszystkim informacje o stanie zdrowia. Możemy również, w związku z diagnozą i procesem leczenia, przetwarzać informacje o nałogach, preferencjach seksualnych, dane genetyczne, a w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail. Przetwarzaniu podlegają także dane osób, które Pacjent upoważnił do uzyskania informacji o stanie zdrowia i do dostępu do dokumentacji medycznej.

Podanie danych osobowych wymaganych przez ustawodawstwo medyczne jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej. Podanie numeru telefonu lub adresu e-mail odbywa się wyłącznie na zasadzie dobrowolności. Ich niepodanie nie będzie skutkowało odmową udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Podstawą prawną przetwarzania danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c,e,f rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - dalej: RODO, w zw. z przepisami ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych, ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest niezbędny dla ochrony żywotnych interesów pacjenta, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO.

W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit. c i h RODO oraz przepisy ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych.

Odbiorcami Twoich danych osobowych mogą być podmioty, z którymi współpracujemy przy przetwarzaniu danych osobowych, tj. personel medyczny, dostawcy usług zaopatrujący nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcy usług teleinformatycznych, dostawcy sprzętu diagnostycznego, firmy kurierskie i pocztowe), dostawcy usług prawnych i doradczych, podmioty upoważnione z mocy prawa (w tym Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz osoby upoważnione przez Ciebie w ramach realizacji praw Pacjenta.

Nie przekazujemy Twoich danych osobowych do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Nie stosujemy wobec Twoich danych zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przetwarzane zgodnie z wymogami art. 29 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1. dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która będzie przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
2. dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która będzie przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
3. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
4. skierowań na badania lub zleceń lekarza, które będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza, a przypadkach, gdy świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie - przez okres 2 lat, chyba że pacjent odebrał skierowanie,
5. dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która będzie przechowywana przez okres 22 lat.