

17. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? nie tak
18. Czy przechodziła Pani hormonoterapię? nie tak
19. Czy stosuje Pani IUD? nie tak
20. Rok ostatniego badania cytologicznego: wynik: (PRAWIDŁOWY/NIEPRAWIDŁOWY)
21. Podwyższone ryzyko: immunosupresja zakażenie HIV HPV HR
22. Osoba wykonująca badanie:
23. Ocena makroskopowa szyjki macicy:
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stan zapalny | <input type="checkbox"/> kłykcina (brodawczak) |
| <input type="checkbox"/> erytroplakia | <input type="checkbox"/> zniekształcenie |
| <input type="checkbox"/> przerost | <input type="checkbox"/> martwica |
| <input type="checkbox"/> polip | <input type="checkbox"/> guz (naciek) |
| <input type="checkbox"/> owrzodzenie | <input type="checkbox"/> inne |

24. Uwagi:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami 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) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000). (obowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS zawiadomienia o kolejnej wizycie. (nieobowiązkowe, niepotrzebne skreślić)

.....
Miejscowość i data

.....
podpis świadczeniobiorcy