



## KARTA ONKOLOGICZNEGO BILANSU ZDROWIA KOBIET

**Centrum Onkologii**  
**im. Prof. Franciszka Łukaszczyka**  
**w Bydgoszczy**  
**Zakład Profilaktyki i Promocji Zdrowia**  
**85-796 Bydgoszcz, ul. I. Romanowskiej 2**

<b>ID pacjenta</b>	<b>Data badania</b>
Nr identyfikacyjny badania SIMP C (cytologia)	Nr identyfikacyjny badania SIMP M (mammografia)
Nr rundy skryningowej	Symbol badania

### Szanowna Pacjentko!

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (RODO), informujemy, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Onkologii im F. Łukaszczyka z siedzibą w Bydgoszczy, przy ul. dr I. Romanowskiej 2, kod pocztowy 85-793 adres e-mail: [co@co.bydgoszcz.pl](mailto:co@co.bydgoszcz.pl), tel. 52 3743000.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 9 ust. 2 lit i RODO i w celu świadczenia usług zdrowotnych.

Sposoby kontaktu z inspektorem ochrony danych to: adres korespondencyjny Centrum Onkologii, ul. dr I. Romanowskiej 2, adres e-mail: [iod@co.bydgoszcz.pl](mailto:iod@co.bydgoszcz.pl)

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w ustawie dla danych medycznych.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania/ prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane żadnym odbiorcom danych.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

**Upoważniam / nie upoważniam (zaznacz właściwe).....**  
**do uzyskiwania informacji na temat stanu mojego zdrowia i uzyskania dokumentacji medycznej**  
**w przypadku mojej śmierci.**

- Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych do celów naukowych po anonimizacji.

.....  
**Data i podpis pacjentki**

*Zostałam poinformowana o możliwości zapoznania się z Regulaminem Organizacyjnym, Kartą Praw i Obowiązków Pacjenta, która znajduje się u Kierownika Opieki Medycznej Polikliniki/Izby Przyjęć/Działy Zarządzania i Informatyzacji/Centrum Diagnostyczno-Lecznictwem we Włocławku.*

*O wszelkich zmianach w/w danych proszę powiadomić Centrum Onkologii.*

.....  
**Data i podpis pacjentki**

Podstawa prawna:

- 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 (RODO).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z póź. zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z póź. zm.).



## KARTA ONKOLOGICZNEGO BILANSU ZDROWIA KOBIET

### Część I

Nazwisko.....Imię.....Data ur.....Wiek.....

PESEL

Kod pocztowy.....Gmina.....Miejscowość.....Ulica.....

Nr domu.....Nr lokalu.....Tel. komórkowy.....Tel. stacjonarny.....

W przypadku podania niezgodnych danych zobowiązuję się do pełnej odpłatności za udzielone mi świadczenia zdrowotne w Centrum Onkologii.

### Część II

#### Zajęcie:

Uczeń  Pracownik umysłowy   
Pracownik fizyczny  Rolnik   
Emeryt/rencista  Inny

#### Wykształcenie:

Niepełne podstawowe  Podstawowe   
Zasadnicze zawodowe  Średnie   
Niepełne wyższe  Wyższe

#### Informacja o badaniach profilaktycznych uzyskana od:

Lekarz POZ   
Lekarz specjalista   
Polożna/pielęgniarka środowiskowa   
Prasa/radio/telewizja/Internet   
Zaproszenie SMS   
Imienne zaproszenie otrzymane pocztą   
Inne źródła, jakie?.....

Pierwsza miesiączka (wiek)...../nie pamiętam   
Ostatnia miesiączka (wiek)...../nie pamiętam   
Data ostatniej miesiączki (jeśli miesiączkuje).....

Pierwszy poród (wiek).....  
Liczba porodów.....

#### Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

nie  dawniej  obecnie  powyżej 5 lat   
Jakie?.....

#### Czy bada Pani sobie sama piersi?

nie  co miesiąc  czasami

Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi? nie  tak

Mutacja: nie  tak

Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe?

nie  tak  przestała

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? nie  tak

Czy stosuje Pani IUD (spirala wewnątrzmaciczna?): nie  tak

Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? nie  tak

u matki nie  tak - przed 50 r.ż.  tak - po 50 r.ż.

u siostry nie  tak - przed 50 r.ż.  tak - po 50 r.ż.

u córki nie  tak

u innych krewnych (podać pokrewieństwo).....

.....

Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

nie  tak

Która pierś? PRAWA  LEWA

Jakie zmiany? ból  wyciek z brodawki

zabieg chirurgiczny w obrębie piersi  guzek, zgrubienie

zmiany na skórze piersi  wciągnięcie brodawki

inne objawy (proszę podać jakie) .....

.....

Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

nie  tak

Jeśli tak, kiedy była ostatnia? (rok)...../nie pamiętam

Ile było wszystkich mammografii?.....

.....

Data ostatniego badania cytologicznego.....

.....  
Data i podpis przyjmującego oświadczenie

.....  
Data i podpis pacjentki

### Część III (wypełnia lekarz ginekolog lub położna)

Badanie cytologiczne:  pobrano  nie pobrano

Data badania (pobrania rozmazu):..... Symbol preparatu:.....

.....  
(podpis położnej)

.....  
(podpis lekarza)