

Радиологическая групповая практика Корбах

имя и фамилия: _____ дата рождения: _____

семейный доктор: _____

Уважаемый пациент, вам необходимо провести **маммографию**.

Пожалуйста ответьте на следующие вопросы.

1. Вы когда-нибудь делали маммографию?

да _____ нет _____

Если да:

когда? _____

Где? _____

2. Вы беременны?

да _____ нет _____

3. Были ли у вас заболевания молочной железы (болезнь груди)?

Воспаление? _____

У вас была операция на грудь? _____

Есть ли у вас другие заболевания молочной железы (заблевания груди)? _____

Вы кормили грудью? да _____ нет _____

4. В вашем семейном анамнезе есть заболевания молочной железы (болезнь груди) по материнской стороне? да _____ нет _____

5. Если да, то какие? _____

Если у вас есть дополнительные вопросы, пожалуйста задайте их врачу.

Я даю согласие на предлагаемое расследование, отказываясь от 24 –часового обязательства предоставить информацию.

Корбах, сегодняшняя дата: _____ подпись: _____