



SOUHLAS S POSKYTNUTÍM OSOBNÍCH
ÚDAJŮ PRO ÚČELY KORESPONDENCE

Jméno a příjmení..... Dat. narození.....

Ulice a číslo popisné:.....

PSČ:..... Město / obec:.....

Souhlasím s poskytnutím osobních údajů (jméno, příjmení, adresa bydliště) k účelu zaslání pozvánky na další preventivní vyšetření

V..... dne..... Podpis.....

PROHLÁŠENÍ O PŘEDCHOZÍM VYŠETŘENÍ VE SCREENINGU

Byla jste v průběhu uplynulých 24 měsíců na screeningovém (preventivním) vyšetření prsů (např. mamografie, ultrazvuk,...) ?

- Ne
 Ano

Pokud ano, uveďte prosím datum vyšetření a název pracoviště, kde bylo provedeno.

Datum předchozího screeningového vyšetření...../.....(měsíc / rok)

Název pracoviště předchozího screeningového vyšetření:.....

UPOZORNĚNÍ: V České republice má každá žena ve věku 45 - 69 let právo na jedno preventivní mamografické vyšetření za 24 měsíců bez úhrady. V případě, že jsou vyšetření prováděna v kratších intervalech, můžete být vyzvána k úhradě tohoto vyšetření.