

Poštovana, radi adekvatne medicinske dokumentacije neophodno je da upišete tražene podatke i odgovorite na pitanja. Svi zaposleni u našoj ordinaciji obavezani su na čuvanje tajnosti podataka vezanih za lične podatke, dijagnoze i lečenje naših pacijentkinja.

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_ Zanimanje: \_\_\_\_\_

Opština i mesto stanovanja: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Poštanski broj \_\_\_\_\_

Krva grupa i Rh faktor \_\_\_\_\_ Visina: \_\_\_\_\_ cm Težina: \_\_\_\_\_ kg.

Da li imate alergiju na lekove, biljne preparate i dezinfekciona sredstva?

A. Ne

B. Da, alergična sam na: \_\_\_\_\_

Da li ste imali ginekološke operacije ?

A. Ne B. Da

Da li ste do sada imali porođaje ?

A. Ne B. Da

Da li je u vašoj porodici ( uža porodica ali i cela familija) neko imao malignu bolest ?

A. Ne ili nije mi poznato

B. Da, srodstvo i vrsta malignog tumora: \_\_\_\_\_

Ukoliko je bilo tri ili više obolelih članova , molimo da dodatno popunite formular "*Family Cancer Syndromes*".

Svojim potpisom potvrđujem tačnost navedenih podataka i dajem saglasnost da se moji nalazi mogu slati meilom ili viberom.

Potpis