

DENSE-2 alıřma anketi

Bu anketin amacı

Kendi güvenliğiniz için bu anketi doldurmanızı ve imzalamanızı rica ediyoruz. Telefon görüşmesinden önce anketi doldurmanız önemlidir. Çalışma ekibi yesi, telefon görüşmesi sırasında sizinle bu anketin üzerinden geeeği için bunu rica ediyoruz. Herhangi bir sorunuz varsa, bunları telefon görüşmesi sırasında açıklığa kavuşturabilirsiniz. Anketi, hastaneye eksiksiz olarak doldurulmuş ve imzalanmış olarak getirmeniz gerekir. Anketin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

	Evet	Hayır
1) Böbrek fonksiyon bozukluđunuz var mı?		
2) Diyabetiniz var mı (tip 1 veya 2)?		
3) Bilgisayarlı tomografi veya kontrastlı mamografi incelemesi sırasında kontrast maddeye karşı hiç alerjik reaksiyon gösterdiniz mi?		
4) Meme proteziniz veya meme implantınız var mı?		

Katılımcının adı: _____

Dođum tarihi: ____ / ____ / ____

Boyu: ____ cm Kilosu: ____ kg

Katılımcının imzası: _____

Tarih: ____ / ____ / ____