

| Badanie | Częstotliwość badań | Data badania DD/MM/ROK | Wykonane (zaznacz x) |
|---|---------------------|------------------------|------------------------------|
| Badanie poziomu hormonów tarczycy | 1 x 10 lat | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| RTG klatki piersiowej | 1 x 5 lat | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| (osoby palące) | 1 x 1 rok | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Gastroskopia | 1 x 5 lat | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| EKG czyli elektrokardiogram | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| USG przezpochwowe narządów rodnych | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| USG piersi | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Mammografia | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Lipidogram (cholesterol, frakcje, trójglicerydy) | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Kontrola wzroku u okulisty i badanie dna oka oraz ciśnienia śródgałkowego | 1 x 2 lata | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Podstawowe badania profilaktyczne (morfologia, OB, poziom glukozy we krwi i ogólne badanie moczu) | 1 x 1 rok | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Cytologia | 1 x 1 rok | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Badanie ginekologiczne | 1 x 6 m-cy | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |
| Samobadanie piersi | 1 x 1 miesiąc | _____ | <input type="checkbox"/> TAK |