

ANKIETA DLA PACJENTÓW KONSULTOWANYCH W PORADNI GENETYCZNEJ

Data:

IMIĘ i NAZWISKO Pacjentki/-ta /dziecka.....

Nazwisko rodowe

PESEL Telefon Wykształcenie

Adres e-mail do kontaktu

IMIĘ i NAZWISKO MATKI dziecka/Partnerki

PESEL Telefon Wykształcenie

Adres e-mail do kontaktu

IMIĘ i NAZWISKO OJCA dziecka/Partnera

PESEL Telefon Wykształcenie

Adres e-mail do kontaktu

Liczba ciąż: z tego samego związku: / płęć.....

z innego związku: / płęć.....

Poronienia..... ciąży obumarłe

Przedwczesny zgon dziecka: wiek Przyczyna

Urodzenie dziecka z wadą / chorobą w poprzedniej ciąży: tak* / nie

Jaka choroba/wada:.....

Spokrewnienie małżonków: tak* / nie

Choroba/ wada genetyczna u któregoś z małżonków (u kogo, jaka)

Kariotypy małżonków: prawidłowe / nieprawidłowe / nie badano

wynik nieprawidłowy: jaki

Przypadki chorób wrodzonych /wad wrodzonych, niepełnosprawności intelektualnej / autyzmu /

inna choroba u krewnych: tak* /nie

Jeśli tak: proszę sprecyzować u kogo i jaka choroba (jaki stopień pokrewieństwa)

Rodzeństwo Pacjentki / matki dziecka konsultowanego: zdrowe / chore*

Rodzeństwo Pacjentki: płęć męska/ liczba/ zdrowe/ liczba / chore/liczba.....

płęć żeńska/ liczba/zdrowe / liczba / chore / liczba

Rodzeństwo Męża / Partnera / ojca dziecka konsultowanego: płęć męska / liczba...../ zdrowe /

liczba..... / chore / liczba.....

płęć żeńska / liczba...../zdrowe / liczba / chore/ liczba/ jaka choroba.....

Czy wyraża Pani/n zgodę na wysłanie wyniku drogą e-mailową ? tak / nie

Data..... Podpis Pacjentki / Pacjenta / opiekuna prawnego.....

*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ

Załącznik do dokumentacji Poradni Genetycznej IMiD

Ja, niżej podpisana (-y):

.....
niniejszym wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* (niepotrzebne skreślić) aby
lekarz Poradni Genetycznej IMiD przekazał mi lub osobie przeze mnie
upoważnionej (Imię, Nazwisko, PESEL):

.....
informację o wynikach badań: moich / mojego dziecka / wyniku diagnostyki
Prenatalnej u płodu wykonanych w Zakładzie Instytutu Matki i Dziecka
(diagnostyka prenatalna / diagnostyka pourodzeniowa) w formie telefonicznej na
Nr telefonu:

Data, czytelny podpis

Oświadczam, że zostałam poinformowana (-y), że forma telefoniczna informacji
o wynikach badań nie zapewnia pełnego bezpieczeństwa informacji i zwalnam
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie oraz jego personel medyczny z
jakiegokolwiek odpowiedzialności w tym zakresie. Równocześnie oświadczam, że
zostałam poinformowana (-y), że przekazanie informacji o wynikach badań
będzie poprzedzone autoryzacją rozmówcy polegająca na konieczności podania
przez osobę odbierającą informację następujących danych np. : PESEL pacjenta,
data urodzenia, (inne):

W przypadku braku możliwości kontaktu telefonicznego :

- wyrażam zgodę** na przesłanie dokumentacji medycznej listem poleconym na poniższy
adres korespondencyjny (proszę wypełnić literami drukowanymi):

.....
Albo na adres mailowy:

- wyrażam zgodę** tylko na osobisty odbiór wyniku/ lub przez osobę przeze mnie upoważnioną,
po okazaniu dokumentu tożsamości.

** (właściwe podkreślić)

.....
Data, czytelny podpis

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:.....

Nr telefonu stacjonarnego:.....

Adres e-mail:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz na przekazanie pocztą/pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

Miejscowość i data

*niepotrzebne skreślić

.....

czytelny podpis świadczeniobiorcy