

**PORADNIA USG I BADAŃ PRENATALNYCH**

- I badanie prenatalne  
 II badanie prenatalne

- III badanie prenatalne  
 amniopunkcja

Imię i nazwisko Pacjentki:.....  
PESEL:.....

|                                                                                                             |                |                              |                                                  |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| CIĄŻA (która):                                                                                              |                | Liczba porodów:              |                                                  |                                                   |
| Dotyczy wieloródek:                                                                                         | Ostatni poród  |                              |                                                  |                                                   |
|                                                                                                             | W którym roku: |                              | Tydzień ciąży:                                   |                                                   |
| Aktualna waga:                                                                                              |                | Wzrost:                      |                                                  |                                                   |
| Data ostatniej miesiączki:                                                                                  |                | Grupa krwi:                  | Dodatnia                                         | Ujemna                                            |
| Metoda zapłodnienia:                                                                                        |                |                              | naturalne                                        | In vitro                                          |
| Dotyczy tylko in vitro:                                                                                     |                |                              | Komórki jajowe świeże<br>data pobrania:<br>..... | Komórki jajowe mrożone<br>data mrożenia:<br>..... |
| Wiek powyżej 35 lat                                                                                         |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Czy występowały dwa lub więcej poronienia?                                                                  |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Czy Pani dzieci są zdrowe i prawidłowo się rozwijają?                                                       |                |                              | tak                                              | nie<br>nie dotyczy                                |
| Została stwierdzona wada genetyczna u Pani dziecka / płodu w poprzednich ciążach?                           |                |                              | tak                                              | nie<br>nie dotyczy                                |
| Urodzeniowa masa ciała któregoś dziecka była mniejsza niż 2,5 kg                                            |                |                              | tak, poród w tyg.....                            | nie<br>nie dotyczy                                |
| Czy w najbliższej rodzinie stwierdzone były jakieś nieprawidłowości genetyczne?                             |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Jeśli tak to jakie? Stopień pokrewieństwa:                                                                  |                |                              |                                                  |                                                   |
| Czy w najbliższej rodzinie występowały wady lub inne nieprawidłowości w budowie ciała?                      |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Jeśli tak to jakie? Stopień pokrewieństwa:                                                                  |                |                              |                                                  |                                                   |
| Czy w rodzinie występowały osoby z niepełnosprawnością intelektualną?                                       |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Jeśli tak to jakie? Stopień pokrewieństwa:                                                                  |                |                              |                                                  |                                                   |
| Czy była Pani narażona na działanie czynników szkodliwych, leki szkodliwe dla płodu, używki promieniowanie? |                |                              | tak                                              | nie                                               |
| Jeśli tak to na jakie?                                                                                      |                |                              |                                                  |                                                   |
| Palenie w ciąży                                                                                             |                | tak                          | nie                                              |                                                   |
| Cukrzyca                                                                                                    |                | tak<br>typ I, typ II, G1, G2 | nie                                              |                                                   |
| Nadciśnienie przewlekłe                                                                                     |                | tak                          | nie                                              |                                                   |
| Toczeń rumieniowaty                                                                                         |                | tak                          | nie                                              |                                                   |
| Zespół antyfosfolipidowy                                                                                    |                | tak                          | nie                                              |                                                   |
| Stan przedrzucawkowy w poprzedniej ciąży                                                                    |                |                              | tak                                              | nie<br>nie dotyczy                                |
| LEKI:<br>Neoparin/<br>Clexane                                                                               | tak            | nie                          | Acard                                            | tak<br>nie                                        |

Oświadczam, że zostałam poinformowana przez lekarza prowadzącego o celu i znaczeniu diagnostycznym wykonywanego testu. Wyrażam zgodę na jego wykonanie oraz rozumiem, że nieinwazyjne badania prenatalne są badaniami przesiewowymi i nie wykrywają 100%

przypadków genetycznych wad płodu. Jednocześnie zostałam poinformowana o skuteczności testów przesiewowych i rozumiem, że wynik nieprawidłowy nie oznacza choroby płodu lecz podwyższone ryzyko jej wystąpienia i wymaga dalszej diagnostyki. Natomiast wynik testu prawidłowy nie oznacza braku choroby płodu lecz niskie ryzyko jej wystąpienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z przepisami aktualnej ustawy o ochronie danych osobowych szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb i realizacji monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych i prowadzenia badań naukowych.

.....  
Data i podpis Pacjentki

**PORADNIA USG I BADAŃ PRENATALNYCH**

**OŚWIADCZENIE**

**numer KARTOTEKI: .....**

Ja niżej podpisana.....  
(Imię i Nazwisko Pacjentki)

legitymująca się dowodem osobistym .....  
(seria i numer)

oświadczam, że korzystałam/nie korzystałam\* ze świadczeń zdrowotnych w innym ośrodku diagnostycznym w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program badań prenatalnych **refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.**

.....

Data i czytelny podpis Pacjentki

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej**

.....

Imię i nazwisko Pacjenta / Pacjenta niepełnoletniego\*

.....

\* imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego  
(w przypadku pacjenta niepełnoletniego wypełnia rodzic/opiekun prawny)

.....

\* imię i nazwisko drugiego rodzica lub opiekuna prawnego

PESEL:

PESEL:

.....  
adres do korespondencji **Pacjenta**

**I. Upoważniam do dostępu do informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych:**

Panią/Pana .....

zamieszkałą/ego .....

tel. kontaktowy.....

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

**II. Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:**

Panią/Pana .....

zamieszkałą/ego .....

tel. kontaktowy.....

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

**III. Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu (odpowiednie zaznaczyć):**

do informacji o moim stanie zdrowia       do dokumentacji medycznej       nie dotyczy

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

**IV. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dot. wyników badań, dokumentów i innych informacji medycznych na podstawie numeru zlecenia:**

ONLINE<sup>1</sup>       ODBIÓR OSOBISTY

telefon kom<sup>1</sup>.....

<sup>1</sup> zgadzam się, aby na wskazany powyżej nr telefonu komórkowego **przesłano kod zlecenia do odczytu wyniku badania genetycznego** w wersji online. W celu odbioru wyniku badania genetycznego należy odwiedzić stronę: <https://wyniki.diag.pl/>.

UWAGA: Lekarz specjalista genetyk zastrzega sobie prawo do osobistego wydania wyniku i dokumentacji medycznej podczas wizyty w Poradni Genetycznej.

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

**V. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie kompleksowego świadczenia zdrowotnego.**

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

**Oświadczam i potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość podanych danych osobowych zamieszczonych w załączonych dokumentach**

.....  
Data i czytelny podpis Pacjenta

## Informacja o administratorze danych osobowych

Informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych podawanych w celu wykonania badań diagnostycznych jest: Diagnostyka GENESIS spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu ul. Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań (KRS nr 0000169935).
2. Diagnostyka GENESIS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością powołała Inspektora Ochrony Danych, który zgodnie z postanowieniami RODO jest osobą nadzorującą przestrzeganie zasad ochrony danych w podmiocie, w którym został wyznaczony. W celu kontaktu z nim udostępnia formularz kontaktowy: <https://genesis.pl/kontakt/dane-osobowe/formularz> oraz adres mailowy: [inspektor@genesis.pl](mailto:inspektor@genesis.pl).
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Zgodnie z art. 25. ust. 1. ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta do prowadzenia dokumentacji medycznej niezbędne jest podanie co najmniej takich danych, jak:
  - a. nazwisko i imię (imiona),
  - b. data urodzenia,
  - c. oznaczenie płci,
  - d. adres miejsca zamieszkania,
  - e. numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
  - f. w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.
  - g. numer telefonu, adres e-mail
4. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność przyjęcia przez Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. zamówienia na realizację poradnictwa genetycznego, badań diagnostycznych i innego świadczenia zdrowotnego.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; tj. przez 20 lat, a w przypadku dzieci do ukończenia 2 r.ż. przez okres 22 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również m.in. podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach wyraźnie przewidzianych aktualnie obowiązującymi przepisami.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych (RODO).

Zapoznałem się z informacją:

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego