

DOTAZNÍK KLIENTKY / PROFEMA - Centrum fetální medicíny, s.r.o.

Jméno a příjmení, titul:		Zdravotní pojišťovna:			
Rodné číslo / číslo pojištění:		Telefon:			
Adresa, včetně PSČ:		E-mail:			
Výška / váha:	Datum poslední menstruace: Menstruační cyklus: pravidelný / nepravidelný		Hormonální antikoncepce (uved'te název přípravku):		
Podstoupila jste očkování proti rakovině děložního čípku? ANO / NE		Rok aplikace vakcíny:		Název vakcíny:	
Podstoupila jste zákroky na děložním čípku (např. konizace)? ANO / NE		Rok podstoupení zákroku:			
Máte jiné dlouhodobé onemocnění onemocněním? (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, srdeční onem., apod.) ANO / NE		Rok zjištění onemocnění, užívané léky:			
Prodělala jste onkologické onemocnění? ANO / NE		Rok zjištění onemocnění, prodělaná léčba:			
Prodělala jste operaci? ANO / NE		Rok operace:			
Vyskytly se ve Vaší rodině (rodiče, sourozenci, děti) závažná onemocnění či nádorová onemocnění?					
Těhotenství:					
datum porodu	týden těhot.	způsob porodu (spontánní/klešťový/císařský řez, jiný)	Porodní váha/délka	Pohlaví	Zdravotní stav miminka
Mimoděložní těhotenství:		ANO / NE	ROK:		
Ukončení těhotenství:		ANO / NE	ROK:	TÝDEN GRVIDITY:	
Spontánní potrat:		ANO / NE	ROK:	TÝDEN GRAVIDITY:	

Poskytovatel tímto výslovně prohlašuje, že dodrží veškeré zásady týkající se zákonem stanovené povinné mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb, důsledně zachová anonymitu pacientky a provede taková opatření, aby takto anonymně publikovaná data či záznamy neumožňovaly jakoukoliv identifikaci pacientky třetí osobou či jakoukoliv možností spojení publikovaných dat či záznamů s konkrétní osobou pacientky.

Pacientka souhlasí, že obrazové a další záznamy pořízené v souvislosti s poskytnutím zdravotních služeb v tomto zdravotnickém zařízení mohou být použity, ve zcela anonymní podobě, pro vědecké, propagační a výukové účely.

Pacientka svým podpisem potvrzuje, že byla seznámena se zásadami zpracování osobních údajů při poskytování zdravotních služeb v tomto zdravotnickém zařízení.

Dále byla seznámena s výsledkem vyšetření, popř. dalšími navrhovanými léčebnými postupy.

Zprávu z vyšetření (včetně osobních a zdravotních údajů) obdrží pacientka do týdne elektronicky na uvedenou e-mailovou adresu.

Jméno a příjmení pacientky:

.....

Datum a podpis pacientky:

.....



