

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

Jméno a příjmení, titul:				Zdravotní pojišťovna:			
Rodné číslo / číslo pojištěnce:				Telefon:			
Adresa, včetně PSČ:				E-mail:			
Váš ošetřující gynekolog:				Výška	Hmotnost před těhot.	Současná hmotnost	
Přejete si znát pohlaví svého dítěte? (vyšetřujeme od 16.týdne)				ANO	NE		
Datum poslední menstruace:		Údaj o tomto datu je:		Menstruační cyklus:		Koncepce (otěhotnění):	
		jistý	nejistý	pravidelný	nepravidelný	spontánní	po IVF (ET/KET/ICSI)
Kouříte v těhotenství?		ANO	NE	počet cigaret / den:			
Pijete alkohol v těhotenství:		ANO	NE	počet dcl / den:			
Užíváte kyselinu listovou?		ANO	NE	ANO součástí těh. vitaminů:		ANO již před otěhotněním	
Máte komplikace v těhotenství?		ANO	NE	uved'te jaké (krvácení, zvracení, užívání ATB pro infekční onem.)			
Máte vysoký krevní tlak?		ANO	NE	ANO, již před otěhotněním		léky	od kdy
Máte cukrovku?		ANO NE		ANO, již před otěhotněním		léky	od kdy
				I. typu	II. typu		
Máte onemocnění štítné žlázy?		ANO	NE	(hyperfunkce, hypofunkce, tyreopatie, struma, strumectomie)		léky	od kdy
Trpíte jiným déletrvajícím onemocněním?		ANO	NE	jakým?		léky	od kdy
Vyskytly se u Vás, nebo v partnerově rodinně, závažná onemocnění nebo vývojové vady? (vorozené srdeční vady či vady jiných orgánů, genetická onemocnění, cystická fibróza, rozštěpové vady, atd....)							
Údaje k předchozím těhotenstvím:							
datum porodu	týden těhot.	způsob vedení porodu (vaginální - hlavičkou/KP, S.C., kleště), důvod.		Porodní váha/délka	Pohlaví	ukončení porodu (zdravý novorozenec, rozštěp, vrozená vada...)	
Mimoděložní těhotenství:							
Ukončení těhotenství:		týden těhotenství:					
Spontánní potrat:		týden těhotenství:					
TK (vyplní personál)	levá paže			pravá paže			

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 možnost 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:

.....

