

**Oświadczenie o upoważnieniu do dokumentacji medycznej**

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta / Pacjenta niepełnoletniego\*

PESEL:

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

PESEL:

.....  
\* imię i nazwisko drugiego rodzica lub opiekuna prawnego

.....  
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

**PORADNIA USG I BADAŃ PRENATALNYCH**

Proszę o wykonanie:

- I badania prenatalnego (11-13+6)
- II badania prenatalnego (18-22+6)

Imię i nazwisko Pacjentki:..... data urodzenia:.....

PESEL:..... telefon kontaktowy:.....

adres zamieszkania:.....

<b>CIAŻA (która):</b>		<b>Aktualna waga:</b>	
<b>Liczba porodów:</b>		<b>Wzrost:</b>	
Urodzeniowa masa ciała któregoś dziecka była mniejsza niż 2,5 kg		tak, poród w tyg. .....	nie
Została stwierdzona waga genetyczna u Pani dziecka / płodu w poprzednich ciążach		tak	nie
Palenie w ciąży		tak	nie
Cukrzyca		tak typ I, typ II, G1	nie
Nadciśnienie przewlekłe		tak	nie
Toczeń rumieniowaty		tak	nie
Zespół antyfosfolipidowy		tak	nie
Stan przedrzucawkowy w poprzedniej ciąży		tak	nie
Grupa krwi		dodatnia	<b>ujemna</b>
<b>LEKI: Neoparin/ Clexane</b>	tak      nie	<b>Acard</b>	tak      nie
<b>Ostatnia miesiączka (data)</b>			
Metoda zapłodnienia		naturalne	in vitro
<b>(DOTYCZY TYLKO IN VITRO)</b>		Komórki jajowe świeże data pobrania: .....	Komórki jajowe mrożone data mrożenia: .....

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.

**Wyrażam świadomą zgodę na przesłanie wyników drogą elektroniczną na adres e-mail (PROSZĘ NAPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI SWÓJ ADRES E-MAIL):**

.....

.....  
Data i podpis pacjentki

**PORADNIA USG I BADAŃ PRENATALNYCH**

**ANKIETA WYWIADU LEKARSKIEGO W OKRESIE PRENATALNYM**

Imię i nazwisko Pacjentki:.....

PESEL:.....

Wiek powyżej 35 lat	tak	nie
Która to jest Pani ciąża?		
Czy występowały dwa lub więcej poronienia?	tak	nie
Czy zapłodnienie było uzyskane w wyniku leczenia niepłodności („in vitro“)?	tak	nie
Czy Pani dzieci są zdrowe i prawidłowo się rozwijają?	tak	nie
Czy w poprzedniej ciąży stwierdzono u płodu/dziecka chorobę genetyczną?	tak	nie
Czy w najbliższej rodzinie stwierdzone były jakieś nieprawidłowości genetyczne?	tak	nie
Jeśli tak to jakie?		
Czy w najbliższej rodzinie występowały wady lub inne nieprawidłowości w budowie ciała?	tak	nie
Jeśli tak to jakie?		
Czy w rodzinie występowały osoby z niepełnosprawnością intelektualną?	tak	nie
Jeśli tak to jakie?		
Czy była Pani narażona na działanie czynników szkodliwych, leki szkodliwe dla płodu, używki promieniowanie?	tak	nie
Jeśli tak to na jakie?		

.....  
Data

.....  
Podpis Lekarza

.....  
Podpis pacjentki lub uprawnionego opiekuna

*Dokument przygotowany na podstawie: Rekomendacje PTGiP i PTGC dotyczące badań przesiewowych oraz diagnostycznych badań genetycznych; Piotr Sieroszewski i wsp., Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2022, tom 7, nr 1*

Wyd. 1, 07.03.2024r.

**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