

KARTA REJESTRACYJNA nr.....

..... Nazwisko	..... Imię	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
..... miejsce urodzenia	..... data urodzenia	..... PESEL
..... kod pocztowy	..... miasto	..... ulica i nr domu
..... seria i nr d. o., paszportu lub innego dokumentu wraz z nazwą kraju, w którym wydany został dokument tożsamości	..... telefon kontaktowy	..... e-mail

DANE FENOTYPOWE (dotyczy pacjentów leczonych z powodu niepłodności)

..... Grupa krwi i czynnik Rh	..... wzrost (cm)	..... waga (kg)
Kolor oczu <input type="checkbox"/> czarnobrzązowe <input type="checkbox"/> ciemnobrzązowe <input type="checkbox"/> brązowe <input type="checkbox"/> jasnobrzązowe <input type="checkbox"/> zielonopiwne <input type="checkbox"/> jasnozielone <input type="checkbox"/> ciemnoszare <input type="checkbox"/> jasnoszare <input type="checkbox"/> niebieskie <input type="checkbox"/> jasnoniebieskie		
Kolor włosów <input type="checkbox"/> białe <input type="checkbox"/> jasny blond <input type="checkbox"/> blond <input type="checkbox"/> ciemny blond <input type="checkbox"/> rude <input type="checkbox"/> rudoblond <input type="checkbox"/> szatyn <input type="checkbox"/> czarnobrunatne i czarne		
Struktura włosów <input type="checkbox"/> proste <input type="checkbox"/> kręcone <input type="checkbox"/> falowane		
Budowa ciała <input type="checkbox"/> ektomorfik <input type="checkbox"/> mezomorfik <input type="checkbox"/> endomorfik		
Rasa <input type="checkbox"/> biała <input type="checkbox"/> inna jaka?.....		
Pochodzenie etniczne <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne jakie?.....		

OŚWIADCZENIE PACJENTKI / PACJENTA

1. Upoważniam/nie upoważniam

.....
Nazwisko i Imię

.....
PESEL / data urodzenia

.....
stopień pokrewieństwa

.....
Adres i numer telefonu

- do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- do uzyskania dokumentacji medycznej
- do uzyskiwania ww informacji również po śmierci

2. Ja niżej podpisana/-y upoważniam / nie upoważniam Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu „Artemida Olsztyn” do przekazywania moich wyników badań / recept/ potwierdzenia likwidacji depozytów / innej dokumentacji medycznej*

.....
(ew. wymienić jakiej)

- pocztą elektroniczną, na adres e-mail:
- pocztą tradycyjną na adres:
- wskazanej osobie: (Imię i nazwisko, PESEL, adres i nr telefonu).....
.....
.....

Niniejsze upoważnienie zostaje podpisane na czas nieokreślony i może zostać unieważnione jedynie w formie pisemnej.

3. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielanie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z udzieleniem świadczeń medycznych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

4. Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informuję, iż **Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych pacjentów Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu Artemida Olsztyn, 10-357 Olsztyn ul. ul. Jagiellońska 78. dostępna jest na stronie internetowej <http://www.artemida-online.pl/> oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu Artemida Olsztyn, 10-357 Olsztyn ul. ul. Jagiellońska 78.**

.....
Olsztyn, data

.....
czytelny podpis pacjentki / pacjenta

WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH W CENTRUM GINEKOLOGII, ENDOKRYNOLOGII I MEDYCZYNY ROZRODU ARTEMIDA OLSZTYN

My, niżej podpisani niniejszym potwierdzamy i rozumiemy, że:

- 1.** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn prowadzi leczenie niepłodności oraz oferuje usługi medyczne z zakresu ginekologii, położnictwa oraz endokrynologii zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną. Każdorazowo podejmowane leczenie zależy od indywidualnej oceny sytuacji przez lekarza prowadzącego na podstawie szczegółowej analizy wywiadu, badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych. Żadne leczenie medyczne, w tym leczenie niepłodności nie jest w stanie zapewnić gwarancji jego pełnego powodzenia.
- 2.** Podczas rejestracji w Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn obowiązuje okazywanie dowodu tożsamości, który na potrzeby bezpieczeństwa pacjentów może zostać zeskanowany / skopiowany.
- 3.** Wiadomości na temat szans powodzenia oraz możliwego ryzyka podejmowanego leczenia są wyjaśniane w czasie konsultacji lekarskich.
- 4.** Całkowita lub częściowa refundacja kosztów leczenia po jego zakończeniu nie jest możliwa. Pacjenci podejmujący leczenie niepłodności są informowani, że powodzenie leczenia zależy od wielu, w tym nieznanych – czynników i że takie leczenie nie jest gwarancją urodzenia zdrowego dziecka.
- 5.** Płatności za procedury medyczne wykonywane w Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn dokonywane są gotówką i kartą. Nie istnieje możliwość zwrotu leków zakupionych w Centrum ARTemida Olsztyn.
- 6.** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn ma prawo przerwania leczenia na każdym z etapów jeżeli zadecyduje że jest to w interesie medycznym pacjentów.
- 7.** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn nie ponosi żadnej odpowiedzialności za cywilnoprawne skutki wykorzystania gamet pochodzących z dawstwa.
- 8.** Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn nie prowadzi leczenia pacjentów z niektórymi schorzeniami, na przykład z zakażeniem wirusem HIV czy wirusem wirusowego zapalenia wątroby, co jest podyktowane względami bezpieczeństwa innych pacjentów leczonych w Centrum ARTemida Olsztyn.
- 9.** Leczenie niepłodności dostępne jest dla kobiet w wieku od 18 do 45 lat. Limitem wieku kobiety w leczeniu niepłodności z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni jest 55 lat.
- 10.** Odpowiedzialność za postępowanie zgodnie z zaleceniami lekarskimi, w tym terminowe odbywanie wizyt i konsultacji leży po stronie pacjentów. Niestosowanie się do zaleceń lekarskich może skutkować zmniejszeniem się bezpieczeństwa lub skuteczności leczenia. Może to pociągać za sobą konieczność przerwania leczenia.
- 11.** Wszelkie zgody na leczenie oraz wymagane do prowadzenia leczenia badania powinny być podpisane przed przeprowadzeniem procedur, których dotyczą.
- 12.** Pacjenci / pary leczone w Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn deklarują, że wszelkie podawane dane są zgodne z prawdą.
- 13.** Pacjenci / pary leczone w Centrum Ginekologii, Endokrynologii i Medycyny Rozrodu ARTemida Olsztyn zgadzają się na kontaktowanie się Centrum ARTemida Olsztyn w związku z wynikami leczenia niepłodności, w tym w związku z urodzeniem dziecka po leczeniu niepłodności.
- 14.** W przypadku utrzymywania depozytów zamrożonego nasienia, wykonywanie oraz terminowość opłat za przechowywanie leży po stronie pacjentów.
- 15.** Lekarz może odmówić prowadzenia leczenia lub przerwać leczenie o ile w jego / jej ocenie jest ono niezgodne z wiedzą medyczną lub gdy leży to w interesie pacjenta.

.....
Podpis pacjentki

.....
Olsztyn, data

.....
Podpis pacjenta

.....
Olsztyn, data