

KARTA KWALIFIKACJI DO LECZENIA I SEPARACJI KOMÓREK MACIERZYSTYCH

Nazwisko i imię Data urodzenia

Wzrost Waga Telefon kontaktowy..... E-mail

Adres zamieszkania

Schorzenia współistniejące:

1. Choroby serca: Czy przebył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego, zapalenie mięśnia sercowego, czy ma Pan/Pani wadę serca, zaburzenie rytmu, duszność, ból w klatce piersiowej, inne?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

2. Choroby krążenia: Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie, niedociśnienie tętnicze krwi, choroby naczyń krwionośnych?

- tak (proszę podkreślić jeśli powyższe lub wymienić obok jeśli inne)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

3. Choroby naczyń: Czy przebył/a Pan/Pani zapalenie żył powierzchownych, głębokich, czy występują u Pana/Pani bóle łydek?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

4. Choroby dróg oddechowych: Czy choruje Pan/Pani na astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, kaszel, rozedmę płuc, pylicę, zapalenie płuc, gruźlicę, POHP?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

4.1. Czy są trudności w oddychaniu? • tak • nie

4.2. Czy korzysta Pan/i z oddechu wspomaganego (respirator/tlenoterapia)? • tak • nie

4.3. Czy była wykonywana spirometria? • tak • nie

5. Choroby wątroby: Czy przebył/a Pan/Pani wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę, czy choruje Pan/Pani na marskość wątroby?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

5.1. Czy jest Pan/i szczepiony/a przeciwko żółtaczkę?

- tak (proszę podać datę podania ostatniej dawki)
- nie

6. Choroby endokrynologiczne: Czy chorował/a Pan/Pani na choroby przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, inne?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

7. Choroby przemiany materii: Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę, dnę, inne?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)
- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

8. Choroby neurologiczne: czy choruje Pan/Pani na padaczkę, czy przebył/a Pan/Pani udar mózgu, czy ma Pan/Pani niedowład, porażenie kończyn dolnych, górnych, połowiczy, miastenię, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, dystrofię, neuroboreliozę, inne?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)

- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

9. Czy ma Pan/Pani trudności z mową? • tak • nie

10. Czy ma Pan/Pani zaburzenia ze strony narządu ruchu (trudności w chodzeniu)? • tak • nie

11. Czy odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe stawów? (Proszę zakreślić właściwe poniżej):

11.1. Kręgosłup: odcinek szyjny, piersiowy, lędźwiowo – krzyżowy

11.2. Kończyna górna: staw barkowy, staw łokciowy, nadgarstek, małe stawy dłoni

11.3. Kończyna dolna: staw biodrowy, staw kolanowy, staw skokowy, małe stawy stopy

12. Choroby krwi i układu krzepnięcia: Czy choruje Pan/Pani na hemofilię, porfirię, inne schorzenia układu krwiotwórczego i krwionośnego? Czy ma Pan/Pani zwiększoną skłonność do siniaków i krwawień?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych)

- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

13. Uczulenia: Czy jest Pan/Pani uczulony/a leki (proszę podać nazwę leku), artykuły spożywcze, środki dezynfekcyjne, środki kontrastowe, roztocza, pyłki, metale, inne?

- tak (proszę podkreślić, które z powyższych lub wymienić obok jeśli inne)

- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

14. Zaburzenia psychiczne:

- tak (proszę wymienić obok).....

- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

15. Choroby dermatologiczne:

- tak (proszę wymienić obok).....

- nie

Stosowane leki (proszę wypełnić jeśli dotyczy):

16. Choroby nowotworowe:

- tak (proszę wymienić obok).....

- nie

17. Choroby gastryczne:

- tak (proszę wymienić obok).....

- nie

17.1. Czy była wykonana gastroskopia?

- tak Co stwierdzono w badaniu?.....

Jakie zastosowano leczenie /leki?

- nie

17.2. Czy stwierdzono bakterię Helicobacter? (Czy zastosowano antybiotykoterapię?) • tak • nie

17.3. Czy ma Pan/Pani:

- Zgagę: tak nie
- Pieczenie: tak nie
- Refluks: tak nie

17.4. Czy odczuwa Pan/Pani dolegliwości bólowe żołądka wiosną i jesienią?

- tak (proszę wymienić zastosowane leki).....
- nie

18. Czy ma Pan/Pani trudności w polykaniu pokarmów i płynów? ● tak ● nie

19. Jakie Pan/Pani spożywa posiłki: stałe, półpłynne, płynne? (Proszę właściwe podkreślić)

20. Implanty: (np. wszczepy metalowe, zastawki serca, rozrusznik serca, inne)

- tak (proszę wymienić).....
- nie

21. Leki uspakajające:

- tak (nazwa, dawka, od kiedy? - proszę wymienić).....
- nie

22. Leki nasenne

- tak (nazwa, dawka, od kiedy? - proszę wymienić).....
- nie

23. Leki p. bólowe:

- tak (nazwa, dawka, od kiedy? - proszę wymienić).....
- nie

24. Leki p. krzepliwe: (proszę wymienić np. Acard, Polocard)

- tak (nazwa, dawka, od kiedy? - proszę wymienić).....
- nie

25. Używki:

- Tytoń: tak nie
- Alkohol: tak nie
- Inne używki: tak nie

26. Czy jest Pani w ciąży? ● tak ● nie

27. Czy karmi Pani piersią? ● tak ● nie

28. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu?

- tak (proszę wymienić).....
- nie

29. Czy przebywał/a Pan/Pani w szpitalu?

- tak (proszę wymienić).....
- nie

Proszę wypełnić poniżej jeśli odpowiedź na pytanie nr 29 brzmi TAK:

Kiedy?.....

.....

Gdzie?.....

.....

W jakim oddziale?.....

.....

Proszę wymienić pozostałe choroby bądź dolegliwości, które nie zostały ujęte w ankiecie:

.....
.....
.....

Oświadczam, że podane wyżej informacje o stanie mojego zdrowia są zgodne z prawdą, co poświadczam własnoręcznym podpisem.

.....
Czytelny Podpis Pacjenta

OGÓLNY OBOWIĄZEK INFORMACYJNY W RAMACH PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679/UE z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

1. Administratorem danych osobowych pacjentów korzystających ze świadczeń medycznych w Medical Magnus Spółka z o. o. ul. Kopernika 38, 90-552 Łódź, przekazanych w związku z udzielaniem świadczeń medycznych jest Medical Magnus Spółka z o. o..
2. Odbiorcą podanych danych osobowych w postaci: imienia, nazwiska, nr PESEL, adresu zamieszkania, nr telefonu, informacji o stanie zdrowia, będą osoby zatrudnione w Medical Magnus Spółka z o. o. w Łodzi ul. Kopernika 38, 90-552 Łódź wykonujących świadczenia medyczne oraz prowadzące dokumentację medyczną w tym zakresie jak i ich obsługę organizacyjno – zarządczą w imieniu Spółki.
3. Dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom z jakimi Medical Magnus Spółka z o. o. zawarła umowę o współpracy, ale tylko i wyłącznie w zakresie realizowanej usługi medycznej (świadczenia medycznego) dla pełnej jej kompleksowości i odpowiedniego, aktualnego standardu medycznego.
4. Dane osobowe mogą być również przekazywane innym podmiotom leczniczym w ramach obowiązku przekazywania informacji o udzielonych świadczenia na podstawie odpowiedniej litery prawa.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane do czasu upływu okresu archiwizacji, regulowanej odrębnymi przepisami prawa w zakresie sporządzania, przetwarzania i archiwizacji dokumentacji medycznej.
7. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń medycznych w Medical Magnus Spółka z o. o. ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń medycznych w Medical Magnus Spółka z o. o. ma prawo wniesienia skargi do Krajowego Urzędu Nadzoru i Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku.
9. Podanie danych osobowych jest bezwzględnie wymagane dla udzielenia świadczenia medycznego. W przypadku niewyrażenia zgody i niepodania danych osobowych usługa nie może zostać zrealizowana.
10. Dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych Medical Magnus Spółka z o. o. na rzecz ewentualnej potrzeby potwierdzenia wizyty oraz w celach organizacyjnych i statystycznych zgodnie z odpowiednimi wymaganiami prawa w tym zakresie, w szczególności w zakresie świadczeń finansowych z środków publicznych na ochronę zdrowia i ich rozliczania.
11. W przypadku stwierdzenia nieuprawnionego zbierania/przetwarzania danych lub innych sytuacji wskazujących na nieprawidłowości zdarzenie takie, należy zgłosić do Inspektora Ochrony Danych osobowych powołanego w Medical Magnus Spółka z o. o. za pośrednictwem poczty e-mail: rodo@mmenter.pl lub listownie Medical Magnus Spółka z o. o. ul. Kopernika 38, 90-552 Łódź.

Medical Magnus Spółka z o.o. – Administrator Danych Osobowych