**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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….......................................................................................................................

* 1. Czy są trudności w oddychaniu? ● tak □ ● nie □
	2. Czy korzysta Pan/i z oddechu wspomaganego (respirator/tlenoterapia)? ● tak □ ● nie □
	3. Czy była wykonywana spirometria? ● tak □ ● nie □
1. 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):*….......................................................................................................................

* 1. Czy jest Pan/i szczepiony/a przeciwko żółtaczce?
* tak □ *(proszę podać datę podania ostatniej dawki)*…................................................................................................
* nie □
1. 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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….....................................................................................................................

1. Czy ma Pan/Pani trudności z mową? ● tak □ ● nie □
2. Czy ma Pan/Pani zaburzenia ze strony narządu ruchu (trudności w chodzeniu)? ● tak □ ● nie □

1. Czy odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe stawów? (*Proszę zakreślić właściwe poniżej)*:
	1. Kręgosłup: odcinek szyjny, piersiowy, lędźwiowo – krzyżowy
	2. Kończyna górna: staw barkowy, staw łokciowy, nadgarstek, małe stawy dłoni
	3. Kończyna dolna: staw biodrowy, staw kolanowy, staw skokowy, małe stawy stopy
2. 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):*….......................................................................................................................

1. 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):*….......................................................................................................................

1. Zaburzenia psychiczne:
* tak □ (*proszę wymienić obok)*.....................................................................................................................................
* nie □

Stosowane leki *(proszę wypełnić jeśli dotyczy):*….......................................................................................................................

1. Choroby dermatologiczne:
* tak □ (*proszę wymienić obok)*.....................................................................................................................................
* nie □

Stosowane leki *(proszę wypełnić jeśli dotyczy):*….......................................................................................................................

1. Choroby nowotworowe:
* tak □ (*proszę wymienić obok)*.....................................................................................................................................
* nie □
1. Choroby gastryczne:
* tak □ (*proszę wymienić obok)*.....................................................................................................................................
* nie □
	1. Czy była wykonana gastroskopia?
* tak □ *Co stwierdzono w badaniu?..............................................................................................................................*.

*Jakie zastosowano leczenie /leki?* .....................................................................................................................

* nie □

* 1. Czy stwierdzono bakterię Helicobacter? (Czy zastosowano antybiotykoterapię?) ● tak □ ● nie □
	2. Czy ma Pan/Pani:
* Zgagę: tak □ nie □
* Pieczenie: tak □ nie □
* Refluks: tak □ nie □
	1. Czy odczuwa Pan/Pani dolegliwości bólowe żołądka wiosną i jesienią?
* tak □ (*proszę wymienić zastosowane leki)…………………………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Czy ma Pan/Pani trudności w połykaniu pokarmów i płynów? ● tak □ ● nie
2. Jakie Pan/Pani spożywa posiłki: stałe, półpłynne, płynne? *(Proszę właściwe podkreślić)*

1. Implanty: (np. wszczepy metalowe, zastawki serca, rozrusznik serca, inne)
* tak □ (*proszę wymienić)………………………………………………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Leki uspakajające:
* tak □ (*nazwa, dawka, od kiedy?* - *proszę wymienić)...……………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Leki nasenne
* tak □ (*nazwa, dawka, od kiedy?* - *proszę wymienić)...……………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Leki p. bólowe:
* tak □ (*nazwa, dawka, od kiedy?* - *proszę wymienić)...……………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Leki p. krzepliwe: (proszę wymienić np. Acard, Polocard)
* tak □ (*nazwa, dawka, od kiedy?* - *proszę wymienić)...……………………………………………………………...…..*
* nie □
1. Używki:
* Tytoń: tak □ nie □
* Alkohol: tak □ nie □
* Inne używki: tak □ nie □
1. Czy jest Pani w ciąży? ● tak □ ● nie □
2. Czy karmi Pani piersią? ● tak □ ● nie □
3. Czy był/a Pan/Pani kiedyś operowany/a, kiedy i z jakiego powodu?
* tak □ (*proszę wymienić)………………………………………………………………………………………………...…..*
* nie □
1. 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 upływy 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 stwierdzenie 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