

pieczętka placówki zgłaszającej

data zgłoszenia

## DANE CHOREGO NA HEMOFILIĘ LUB NA INNĄ SKAZĘ KRWOTOCZNĄ

Imię i nazwisko.....  
PESEL.....

Imię ojca..... Imię matki.....

Grupa krwi..... Ciężar ciała.....

Adres do korespondencji.....  
(ulica, kod, miejscowość)

Adres stałego zameldowania.....  
(ulica, kod, miejscowość)

Telefon domowy lub komórkowy.....

Rodzaj skazy..... Poziom czynnika krzepnięcia.....

Obecność krążącego antykoagulantu- tak\*, nie\* Ilość jednostek Bethesda.....

Data badania krążącego antykoagulantu.....

Placówka lecząca:

Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie (podać rok ostatniej wizyty).....

Poradnia Hematologiczna dla Dzieci (podać datę ostatniej wizyty).....

Poradnia Hematologiczna dla Dorosłych (podać datę ostatniej wizyty).....

Podać nazwę i adres innej Placówki Służby Zdrowia oraz datę ostatniej wizyty.....

Leczenie domowe- tak\*, nie\*

Leczenie ambulatoryjne- tak\*, nie\*

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego.....  
(pieczętka, podpis)

Zgodnie z art. 24 ust.1 o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych do bazy M.Z., jak również bazy danych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie. Każda osoba ma prawo wglądu do swoich danych i ich poprawienia.

\* niewłaściwe skreślić

.....  
Data

.....  
czytelny podpis pacjenta lub  
prawnych opiekunów

Regionalne Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa  
W Olsztynie  
Dział Preparatyki i Ekspedycji  
Ekspedycja  
10-255 Olsztyn, ul. Malborska 2  
Tel. 89 526 02 70 (czynny całą dobę)

.....  
(pieczętka Poradni/Szpitala)

Prosimy o przesłanie następujących danych osobowych pacjentów chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne

- Nazwisko.....

- Imię.....

- Imię ojca.....

- Imię matki.....

- Data urodzenia.....

- Numer PESEL.....

- Kod pocztowy, miejscowość.....

- Ulica numer domu/mieszkania.....

- Grupa Krwi, Rh.....

- Rodzaj hemofilii.....

- Niedobór innego czynnika krzepnięcia.....

- Postać (ciężka/umiarkowana/lekka).....

Powyższe dane są niezbędne do uzupełnienia kartoteki osób leczonych koncentratami czynników krzepnięcia wydawanymi przez RCKIK w Olsztynie.

Data zgłoszenia/aktualizacji:.....

Podpis i pieczętka lekarza zgłaszającego:.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA:

NAZWISKO:

IMIĘ:

ADRES ZAMELDOWANIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

TELEFON KONTAKTOWY:

### Upoważnienie

Upoważniam RCKiK w Olsztynie do przekazywania do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Centrum Krwi moich danych osobowych niezbędnych do realizacji programu Ministra Zdrowia „Narodowy Program Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne na lata 2019-2023”

.....  
Czytelny podpis