

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 Farmacji Szpitalnej
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 2024-2028”

.....
Czytelny podpis