

Ime:

Prezime:

Datum rođenja:

Molimo vas da izdvojite 15 minuta vremena i da savjesno ispunite ovaj, za vaše liječenje jako bitan, upitnik. Kroz to ćete nam omogućiti, da vas savjetujemo na najbolji način te da izaberemo za vas najbolju terapiju.

1. Koliko dugo vi i vaš sadašnji partner pokušavate da dobijete dijete?

.....mjeseci ili.....godina

2. Kakav vam je menstrualni ciklus (= razmak između prvog dana jednog krvarenja do prvog dana slijedećeg)?

- redovan otprilike svakihdana
- neredovan izmeđuidana
- već odavno nemam krvarenja

3. Imate li bolove za vrijeme menstruacije? ne da

4. Imate li bolove pri spolnom odnosu? ne da

5. Jeste li već bili trudni?

- ne da

Ukoliko „da“ molimo da date informacije o trudnoćama:

godina	Porod (G) Prekid (A) Pobačaj (F) Vanmaterična trudnoća (E)	Sa sadašnjim partnerom	Nakon terapije neplodnosti
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

6. Da li su u prethodnim trudnoćama nastupile komplikacije, npr. visok pritisak, šećer, veliki gubitak krvi, carski rez, prerani porod, problemi pri odvajanju posteljice?

- ne
- da

Ukoliko „da“ koje su to komplikacije bile?

7. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašim partnerom?

.....puta u sedmici ili.....puta u mjesecu

8. Da li ste, zbog problema neplodnosti / steriliteta, već bili liječeni kod nekoga drugog ljekara?

- ne
 da, većmjesecigodina

vrsta liječenja	broj pokušaja	trudnoća
Stimulacija jajnika sa hormonima		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa ejakulatom od partnera		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Inseminacija sa tuđim ejakulatom		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja (IVF)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Vještačka oplodnja sa mikroinjekcijom (ICSI)		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Transfer kriokonzervisanih embriona		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

9. Pri prethodnim stimulacijama jajnika ili prilikom inseminacija:

Koje ste lijekove uzimali?.....

10. Prethodna IVF- odnosno ICSI- liječenja:*

* Ukoliko ste već imali više od 4 liječenja, molimo da navedete samo četiri zadnja:

Br.	godina	IVF	ICSI	Broj dobijenih jajnih ćelija	Broj transferiranih embriona	Broj zamrznutih embriona	trudnoća
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

Koje ste lijekove koristili u prethodnim IVF- ili ICSI-liječenjima?

.....

Napomena: Imate puno pravo da od vašeg prijašnjeg IVF-Centra zatražite detaljne planove stimulacije od prethodnih IVF- odnosno ICSI-liječenja, kao i list dokumentacije IVF-Fonda! Ukoliko vam je to jednostavnije nego da ispunjavate gore prikazanu tabelu, možete nam jednostavno poslati protokole od prethodnih liječenja.

11. Da li je pri prethodnim stimulacijama odnosno IVF- i ICSI-liječenjima bilo komplikacija?

- ne
 Hiperstimulacija (OHSS) preslaba reakcija na stimulaciju
 Izostanak oplodnje težak odnosno bolan transfer
 druge:.....

12. Pušite li i da li ste ikada pušili?

- nikada
 ne pušim većmjeseci.....godina
 da,.....zigareta na dan

13. Koliko ste trenutno teški i visoki?

.....kg.....cm

14. Pijete li alkohol?

- ne rijetko ponekad redovno

15. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?

- ne
 da, prije da, sada - koja?.....

16. Kojim se pozivom trenutno bavite?

.....

17. Jeste li već imali pregled jejavoda?

- ne da ito godine

18. Pomoću koje metode je bio urađen pregled prohodnosti jajovoda?

- rendgenski snimak (HSG) laparoskopijom ultrazvučno

19. Kakav je bio rezultat tog pregleda jajovoda?

- Lijevo: prohodan neprohodan
Desno: prohodan neprohodan

Molimo vas da nam pošaljete nalaz!

20. Jeste li već bili operisani u području stomaka ili zdjelice?

- ne
 da

Ukoliko „da“ molimo da nam date podatke o operacijama

godina	Operacije u području stomaka ili zdjelice Slijepo crijevo (A) Carski rez (S) Laparoskopija (L) Histeroskopija (H) Operacije sa velikim rezom na stomaku (T) Čišćenja-Kiretaže (C) Konizacija (K)	Zbog čega je operacija bila urađena?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	Ostale operacije, i one izvan područja stomaka	

21. Jesu li pri jednoj od operacija bili operisani i vaši jajovodi (=tube, kanali) ili jajnici?

- ne
 da

Ukoliko „da“ molimo da nam pošaljete nalaze koje ste dobili u bolnici.

22. Postoje li odnosno jesu li postojale posebnosti na vašoj materici?

- ne
 da, ito.....

23. Imate li, odnosno jeste li imali slijedeće bolesti i tegobe?

Oboljenja:

- | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Endometrijoza | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | | |
| Ciste na jajnicima | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Tromboza | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Alergije | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Alergija na penicilin | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Pluća (Astma, Bronhitis) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Štitnjača | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Želudac i crijeva | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Šećerna bolest | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Bubrezi | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Epilepsija | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Srce-krvotok | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Varikoza | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Jetra | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Visok pritisak | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |
| Metabolizam | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Karcinom/tumori | <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da* |

* Molimo da navedete oboljenje i detalje uz to (od kada je poznato, čime se liječite):

24. Ima li u vašoj porodici/obitelji/porodici slijedećih oboljenja?

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Nasljedne bolesti | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Karcinomi | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |
| Neplodnost | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* | Druga teška oboljenja | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da* |

* Molimo da navedete oboljenje, odnosno detalje o njemu (od kada je poznato, kako liječeno, ko boluje)

25. Uzimate li redovno lijekove?

- ne
 da

Ukoliko „da“, onda vas molimo da ispunite slijedeću tabelu:

ime i doza lijeka	od kada	zašto

26. Koji od slijedećih pregleda je kod vas već bio urađen?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Štitnjača | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Nalaz hromozoma (Kariogram) | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Genetika; cistična fibroza | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Imunologija | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |
| Zgrušavanje krvi - specijalno | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> da |

Ukoliko imate nalaze od tih pregleda molimo vas da nam ih pošaljete.

27. Kako ste saznali za naš institut odnosno za doktoricu Dijanu Pekić?

Internet - kako ste tražili?

Preporuka od ginekologa – Ko je vaš ginekolog? _____

Preporuka od poznanika ili rodbine

Na neki drugi način - koji? _____

Najljepša hvala na vašim odgovorima i na ukazanom povjerenju. Radujemo se našem prvom susretu i početku ostvarivanja vaše želje za bebom.

Ime:
Prezime
Datum rođenja:

Molimo vas da izdvojite 10 minuta vremena i da savjesno ispunite ovaj upitnik. Kroz to nam omogućavate, da vas savjetujemo na najbolji način te da zajedno iza beremo najbolju terapiju za vas.

1. Jeste li ikada prouzrokovali trudnoću?
 ne

 da - sa mojom sadašnjom ženom, kada? _____

 Nakon terapije neplodnosti / steriliteta da ne

 da - sa prethodnom ženom / suprugom / djevojkom

 Nakon liječenja steriliteta / neplodnosti? da ne

2. Oboljenja / Smetnje reproduccionog trakta / sistema:

Pitanje	Ne	Da	detalji
Jeste li sterilisani?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Ukoliko da, jeste li naknadno radili restertilizaciju?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Imate li urođenu ili stećenu manu kanala za transport spermatozoida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li u djetinjstvu imali izostalo/zakašnjelo spuštanje testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno
Jeste li ikada imali upalu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li ikada imali povredu testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kada? godine
Jeste li imali proširenje vena na testisima (Varikocelu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan
		<input type="checkbox"/>	Operisangodine
Jeste li imali tunor testisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Još nisam operisan
		<input type="checkbox"/>	Operisangodine
Imate li problema sa erekcijom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Komentari/Detalji

3. Bitni pregledi:
Važno: Molimo da nam pošaljete nalaze!

Pitanje	Ne	Da	detalji
Da li ste ikada radili pregled ejakulata (Spermiogram)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mjesec i godina
Jeste li već bili pregledani kod urologa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mjesec i godina
Da li je pri tome bila pregledana i prostata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li bio urađen pregled hromozoma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Je li urađen test na cističnu fibrozu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> nije OK
Jesu li ikada uzeti primjerci tkiva testisa (biopsija)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lijevo <input type="checkbox"/> desno godine.....

* Komentari/Detalji

4. Bolujete li odnosno da li ste bolovali od slijedećih oboljenja?

Bolest	ne	da	detalji	Od kada?	liječenje vidi *5
Alergije na lijekove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na:		<input type="checkbox"/> da*
Rak (karcinom)/drugi tumori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koji:		<input type="checkbox"/> da*
Zaušci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bolest je zahvatila testise	<input type="checkbox"/> da	
Šećerna bolest (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> tablete <input type="checkbox"/> insulinske šprice
Visok krvni pritisak (tlak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> da*
Plućne bolesti (astma/bronhitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Neurološka oboljenja (epilepsija, depresije, traume)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja bubrega (upale, ciste, oslabljena funkcija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja srca (infarkt, oboljenja zalistaka, aritmije)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja jetre (hepatitis, ciroza, ciste, masna jetra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Želudac i crijeva (upale, gastritis, čir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*
Oboljenja štitnjače	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bolujem od:		<input type="checkbox"/> da*

* Komentari/Detalji

5. Ukoliko redovno uzimate lijekove, molimo vas da nam date slijedeće podatke:

ime lijeka	doza	od kada	zašto

6. Da li ste već imali neke druge operacije u predjelu stomaka i genitalnih organa?

ne da koje:

7. Koliko ste trenutno teški i visoki?

.....kg.....cm

8. Koliko često otprilike imate spolni odnos sa vašom partnerkom (suprugom/ženom)?

.....Putu u sedmici (tjednu/nedelji)Putu u mjesecu

9. Pušite li i da li ste ikada pušili?

- nikada
- ne pušim većmjeseci.....godina
- da,.....zigareta na dan

10. Pijete li alkohol?

- ne
- rijetko
- ponekad
- redovno

11. Konzumirate li odnosno jeste li ikad konzumirali droge, sredstva za doping i slično?

- nisam
- jesam, prije
- jesam sada - koja?.....

12. Ima li u vašoj familiji/obitelji/porodici slijedećih oboljenja?

- Nasljedne bolesti***
- Karcinomi (> 2 člana famlije/porodice)
- Neplodnosti*
- Druga teška oboljenja *

* Molimo da navedete oboljenje, odnosno detalje o njemu (ko boluje, ko je bolovao?)

13. Kojim se pozivom trenutno bavite?

14. Kako ste saznali za naš institut i za doktoricu Dijanu Pekić?

- Internet - kako ste tražili?

- Preporuka od ginekologa - Ko je vaš ginekolog? _____
- Preporuka od poznanika ili rodbine
- Na neki drugi način - koji? _____

Najljepša hvala na vašim odgovorima i na ukazanom povjerenju. Radujemo se našem prvom susretu i početku ostvarivanja vaše želje za bebom.

Potrebne su nam uskenovane i dobro vidljive slike vaših pasoša (pasoš ili lična karta)!
Ukoliko vam to nije moguće, molimo vas da donesete pasoše lično.

NALAZI KOD ŽENE

Nalazi u krvi

- Hormonski status: kontrolisan između 1. i 5. dana ciklusa !!!
- FSH, LH, E2 (Estradiol), Prolaktin, Testosteron, Progesteron, TSH, TPO-AK
- preporučujemo i kontrolu rezerve jajnih ćelija = AMH (plaća se privatno)
- Vitamine: 25-OH-Vitamin D
- Infekcijski nalazi u krvi:
- Titer Rubeole, Titer VZV (Varičele)
- Zgrušavanje krvi: APC-Rezistencija
- Krvna grupa ili pasoš krvne grupe ako ga imate

} Ovi nalazi se rade samo jednom u životu i uvijek su aktuelni

Nalaz rutinskog ginekološkog pregleda

- PAP-Test (ne stariji od 6 mjeseci) i sekret sa cervikalnim brisom za bakterije i Klamidije

NALAZI KOD MUŠKARCA

Nalazi u krvi

- Krvna grupa ili pasoš krvne grupe ako ga imate (uvijek aktuelan nalaz)

Pregled ejakulata

- Spermigram (nach WHO-Kriterien)

BITNO: Možemo vam rado poslati uputnice za sve potrebne preglede čim ispunite formular sa ličnim informacijama i formular o zaštiti podataka!

Nalaze pošaljite uskenovane na: Dijana.Pekic@kinderwunschzentrum.at Uvijek navedite vaše ime i prezime! Ako vam to nikako nije moguće molimo da nam pošaljete čitljive kopije vaših nalaza poštom, ili da ih lično donesete. Obavezno navedite da su nalazi za Dr. Dijanu Pekić i kratko se najavite. Donesite ili pošaljite uvijek sve nalaze zajedno (naravno moguće u više E-Mailova jedan nakon drugoga, ali ne svakih par dana po jedan), tj. ne u više navrata.

BITNO: Da bi vaše prvo savjetovanje mogli optimalno pripremiti, molimo vas da nam nalaze pošaljete najkasnije 10 dana prije samoga termina. Molimo vas da uzmete u obzir, da nalazi ne smiju biti stariji od 6 mjeseci i da nam pošaljete samo nalaze, koji su navedeni.

Molimo da ispunite sve rubrike!

Žena

Muškarac

Titula

Ime

Prezime

Dan rođenja

Broj socijalnog osiguranja

Osiguranje

Bračno stanje vjenčana neudata vjenčan neoženjen
 razvedena udovica razveden udovac
 vjenčani jedno s drugim živite zajedno, ali niste vjenčani

Državljanstvo

Mjesto rođenja

Djevojačko ime

Adresa

Broj i mjesto boravka

Molimo da nam date broj telefona, pod kojim vas najlakše možemo dosegnuti!

Telefon danju

Telefon naveče

E-Mail-Adresa

Specijalista (Gin/ Uro)

Kućni ljekar (opšte prakse)

Zanimanje

Poslodavac

Molimo da ispunite i drugu (stražnju) stranicu >>>

Stalo nam je do toga da doprinesemo poboljšanju zakonske i finansijske situacije u vezi sa terapijom neplodnosti u Austriji. Nastojimo da čujemo prijedloge i interese pogođenih parova, a to najbolje uspijeva, ukoliko se vi u izvještajima i medijima i sami oglašete na ovu temu.

- Bila bih spremna, kao pacijentica, u jednom razgovoru na televiziji lično i u javnosti da govorim o mojoj želji za djetetom i o liječenju neplodnosti
- Bila bih spremna, isključivo anonimno (npr. na radiju) da govorim o mojoj želji za djetetom i liječenju neplodnosti
- Ništa od ovoga za mene uopšte ne dolazi u obzir!

Kako ste nas pronašli, ko je preporučio nas institut?

- Ginekolog
- Urolog
- Ljekar opšte prakse
- Poznanici / Rodbina
- Mediji
- Internet
- Forum / Gruppe za samopomoć
- Ostalo:.....

Dalji komentari:.....

Mojim potpisom potvrđujem, da sam slijedeće primila k` znanju i da pristajem na to (molimo da prekrizite ono što ne želite)!

- Moji podatci će biti elektronski obrađeni
- Podatci bitni za terapiju mogu biti poslani putem E-Maila
- Dobiti ću pozivnice za skupove pacijentica putem E-Maila
- Moj specijalista i ljekar opšte prakse će biti informisani o mome liječenju
- Moj partner i ja ćemo dobijati i telefonske informacije u vezi sa liječenjem

.....

Izjava o saglasnosti o zaštiti podataka u skladu sa nalogom o zaštiti podataka = Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Žena ime i prezime ŠTAMPANIM SLOVIMA, datum rođenja _____

Partner ili Partnerka ime i prezime ŠTAMPANIM SLOVIMA, datum rođenja _____

1) OBRADA PODATAKA I RAZMJENA INFORMACIJA

Vaši lični podatci i informacije o istoriji bolesti će u našem Centru za liječenje neplodnosti biti elektronski obrađeni i pohranjeni. Te informacije moraju po zakonskim propisima FMedG §18 biti čuvane 30 godina, te ne smiju biti pobrisane prije isteka tog vremenskog roka. Liječenje na našem institutu nije moguće, ukoliko odbijate navedene zakonske propise.

U toku vašeg liječenja biti će neophodno da vam šaljemo privatne kao i za liječenje neophodne informacije. Ukoliko dođe do promjena u vašim podacima vaša je obaveza, da nas u najkraćem roku informišete o promjenama i vašem aktuelnom statusu.

Mi primamo ka znanju, da pri prosljeđivanju informacija putem nekodiranih e-mail poruka, neovlaštena lica mogu dobiti uvid u ove informacije ili ih čak i promijeniti. Nama je jasno, da to može dovesti do javnog otkrivanja podataka o našem zdravstvenom stanju. Sami preuzimamo odgovornost za vjerodostojnost i za sve oblike prosljeđivanja naših podataka.

Mi smo saglasni s tim, da Centar za liječenje neplodnosti medicinske informacije vezane za naše liječenje (npr. uputnice za preglede, recepte, ugovore o liječenju i sl.), šalje na slijedeće e-mail adrese:

E-Mail-Adresa od žene: _____

E-Mail-Adresa od partnera ili partnerke: _____

Ukoliko niste saglasni sa slanjem vaših podataka putem pošte, uvijek će vam svi dokumenti biti uručeni isključivo lično. To međutim može dovesti do znatno otežanih i produženih procedura u okviru priprema i samog liječenja.

2) PROSLIJEĐIVANJE INFORMACIJA NA PARTNERA ILI PARTNERKU

Mi smo saglasni s tim da naše medicinski relevantne informacije (rezultati liječenja, termini isl.), budu telefonski ili putem pošte prosljeđeni partenru/partnerki odnosno da im lično smiju biti predate.

3) PROSLIJEĐIVANJE INFORMACIJA NA OSTALE LJEKARE KOJI NAS LIJEČE

Mi smo saglasni s tim da Centar za liječenje neplodnosti naše medicinski relevantne podatke (npr. tok liječenja, rezultate liječenja) šalje našem ginekologu ili ljekaru opšte prakse.

BITNO: Prekrižite ono sa čime niste saglasni. Ovo odobrenje možete uvijek da poništite. Pravo na korištenje vaših podataka ostaje, dok ne dobijemo pismeni kratki zahtjev, da to više ne želite.

Potpis žena
(pisanim slovima)

Datum

Potpis partnera ili partnerke
(pisanim slovima)