

## WYWIAD POŁOŻNICZY

Imię i nazwisko: .....

Pierwszy dzień ostatniej miesiączki: ...../...../..... Długość cykli: ..... dni

Jeśli cykle >35 dni lub brak daty ostatniej miesiączki,  
proszę podać termin porodu ustalony u lekarza prowadzącego: ...../...../.....

Przebyte porody i droga porodu (PSN, CC):

- 1) poród między 16-30 tyg. ciąży: .....
- 2) poród między 31-36 tyg. ciąży: .....
- 3) poród >37 tyg. ciąży: .....

Data ostatniego porodu (>24 tyg. ciąży): ...../...../.....

Zaawansowanie ciąży w dniu ostatniego porodu: ..... tyg. .... dni

Przebyte poronienia (tj. ciążę ukończone przed 22 tyg.): .....

Poród dziecka z wadą genetyczną w poprzedniej ciąży (jaką?): .....

Aktualna masa ciała: ..... kg Wzrost: ..... cm

Palenie papierosów (do 6 m-cy przed ciążą):  tak  nie

Cukrzyca typu 1/2:  tak  nie

Przewlekłe nadciśnienie tętnicze:  tak  nie

Toczeń rumieniowaty układowy (SLE):  tak  nie

Zespół antyfosfolipidowy (APS):  tak  nie

Stan przedrzucawkowy/preeklampsja w poprzedniej ciąży:  tak  nie

Poród dziecka o małej masie ciała (SGA):  tak  nie

Stan przedrzucawkowy/preeklampsja w ciąży u matki:  tak  nie

Sposób zapłodnienia:  naturalny  stymulacja owulacji  inseminacja bez stymulacji owulacji

inseminacja + stymulacja owulacji  IVF (in vitro)  IVF-ICSI  IVF-GIFT

IVF z komórką jajową dawczyni (wiek dawczyni w chwili donacji komórki jajowej: ..... lat)

### Zasady przetwarzania danych osobowych:

Administratorem Pani danych osobowych jest Pol-Med Bielsko Sp. z o.o., Galena Sp. k., ul. Żywiecka 71, 43-300 Bielsko-Biała. Przekazane przez Panią dane przetwarzane będą w oparciu o art. 9 ust 2 lit h) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia i z zastrzeżeniem warunków i zabezpieczeń, o których mowa w ust. 3; Dane osobowe będą przechowywane do czasu utraty ich przydatności, chyba, że czas ich przechowywania będzie wynikał wprost z przepisów prawnych. Dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i profilowaniu; Dane będą udostępniane wyłącznie podmiotom i osobom uprawnionym, celem realizacji, monitorowania i komunikacji w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, związanych z programem badań prenatalnych realizowanych przez Pol-Med. Pani dane nie będą przekazywane do krajów trzecich i organizacji międzynarodowych. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udziału w programie badań prenatalnych. Posiada Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych; Przysługuje Pani także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz wycofania zgody (o ile taka zgoda została wyrażona w trakcie trwania programu) na adres e-mail: [biuro@klinikagalena.pl](mailto:biuro@klinikagalena.pl). Posiada także Pani prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przekazanych danych osobowych. Należy jednak pamiętać, iż powyższe prawa nie są bezwzględne, a przepisy przewidują wyjątki od ich stosowania. W sytuacjach wątpliwych może Pani skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych – email: [jod@klinikagalena.pl](mailto:jod@klinikagalena.pl).

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis świadczeniobiorcy