

## ANKIETA

### WYPEŁNIA PACJENTKA:

Nazwisko i imię: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL:..... Telefon kontaktowy: .....

e-mail: .....

Która to jest ciąża: ..... Który to jest poród: .....

Aktualny tydzień ciąży: .....

Nazwisko lekarza i nazwa gabinetu/poradni, w której prowadziła Pani aktualną ciążę: .....

.....

- Czy chce Pani rodzić razem z Mężem lub inną bliską sobie osobą (dotyczy porodu siłami natury):

.....

- Czy planuje Pani pobranie krwi pępowinowej w czasie porodu:  TAK  NIE

w przypadku zgody wymagane jest wcześniejsze podpisanie umowy Pacjenta z Polskim Bankiem Komórek Macierzystych

### WYPEŁNIA LEKARZ:

.....

Data i podpis pacjentki

- Rodzaj porodu:  siłami natury  
 poprzez cesarskie cięcie

- Wskazania medyczne: .....

.....

.....

- Przewidywany termin porodu .....

- Ważne dane z wywiadu (przebyte choroby, operacje, nieprawidłowości w przebiegu ciąży, itp.)

.....

.....

.....

Podpis lekarza kwalifikującego