**Szanowni Rodzice i Opiekunowie!**

W celu usprawnienia pracy sekretariatu oraz umawiania wizyt w Poradni Genetycznej Centrum Zdrowia Dziecka prosimy o skorzystanie z poniższego formularza. Wypełniony formularz prosimy przesłać na adres: poradnia.genetyka@ipczd.pl wraz z niezbędnymi załącznikami (oznaczone \* poniżej i w formularzu).

Skierowania są rozpatrywane przez lekarza ze specjalizacją z genetyki klinicznej.

**O terminie wizyty powiadamiamy drogą mailową (zwykle w przeciągu 2-3 tygodni od otrzymania skierowania)** – prosimy nie wysyłać tych samych zgłoszeń kilkukrotnie z tego samego lub różnych adresów mailowych. Otrzymujemy kilkadziesiąt zgłoszeń tygodniowo, nie jesteśmy w stanie potwierdzać otrzymania każdego maila (osoba wysyłająca może w ustawieniach swojej skrzynki mailowej wybrać żądanie potwierdzenia dostarczenia i/lub przeczytania wiadomości).

**Uwaga:**

* jeśli na skierowaniu lekarz napisał, że jakieś dokumenty (wyniki badań, karty informacyjne) są w załączeniu, to należy załączyć te dokumenty\* wysyłając poniższy formularz;
* jeśli powodem skierowania do poradni jest choroba genetyczna występująca u innego członka rodziny, to należy podać rodzaj pokrewieństwa (np. matka, brat, siostra ojca itd.) oraz dołączyć wynik badania genetycznego potwierdzającego rozpoznanie choroby u tej osoby\* (jeśli takie badanie było wykonywane);
* pacjent pełnoletni lub rodzic/opiekun pacjenta pediatrycznego może w treści maila krótko opisać główne problemy zdrowotne swoje/dziecka, podać istotne wg niego informacje medyczne.

Konieczność kontaktowania się z pacjentem/opiekunem w celu uzyskania powyższych informacji wydłuży czas do ustalenia terminu wizyty.

|  |
| --- |
| **Poradnia Genetyczna****Kod e-skierowania:** …………………………………………………………………… |
| **D A N E D Z I E C K A :** |
| **Imię i Nazwisko dziecka:**…………………………………………………………………………………………………………………………………………. | **PESEL dziecka:** (lub rodzica/opiekuna gdy dziecko jeszcze nie ma swojego)……………………………………………………………………. |
| **Data urodzenia dziecka:**……………………………………………………………………. | **Nr kartoteki IPCZD** (jeśli dziecko jest już pacjentem IPCZD):……………………………………………………………………. |
| **Aktualny adres zamieszkania:**………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………. |
| **D A N E R O D Z I C Ó W / O P I E K U N Ó W :**  |
| **Imiona i nazwiska (rodziców/opiekunów): Numer telefonu: Adres e-mail:**…………………………………………………………………… …………………………… …………………………………………..……………………………………………………………………. ………………………….. ………………………………………….. |
| **D A N E U Z U P E Ł N I A J Ą C E :** |
| **Czy pacjent był konsultowany w innej Poradni Genetycznej** – jeśli tak, to należy napisać gdzie i załączyć kartę porady genetycznej\* (jeśli została wydana):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Czy były już wykonywane badania genetyczne** - jeśli tak, to należy załączyć wyniki tych badań\* lub w przypadku braku wyników na piśmie podać jakie badania / w kierunku jakiej choroby i gdzie były wykonywane: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Czy pacjent ma uprawnienia do wcześniejszej wizyty w związku z „ustawą za życiem”: tak\*/nie****Czy pacjent ma uprawnienia do wcześniejszej wizyty w związku z orzeczeniem o niepełnosprawności” tak\*/nie****\*należy przesłać wymieniony dokument jako załącznik do wiadomości mailowej.****Uwaga: skan zaświadczenia należy przesłać razem z wypełnionym formularzem. Zaświadczenia dosłane po ustaleniu terminu wizyty w poradni nie będą uwzględniane!!!** |