**INFORMACJA DLA KOBIETY OBJĘTEJ KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY (KOC)**

**Nazwa podmiotu koordynującego opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu:**

………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………….……………………………………………….…………..…….

**Pani :** …………………………….…………………………………………….…………………………….

*(imię i nazwisko)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL

Zgodnie z Pani akceptacją, z dniem ……………………………………………………………………………………..……………….…….

została Pani objęta **KOORDYNOWANĄ OPIEKĄ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY (KOC)\*).**

1. Planowany termin porodu:……………………………………………………………..…………..……....………………………..……….
2. Numer Pani telefonu do kontaktów w trakcie objęcia opieką KOC ……………………………………….…………….…..
3. Adres e-mail: ……………….………………………………………………………………………………………….. *(nieobowiązkowe)*
4. Telefon do kontaktów w ośrodku koordynującym opiekę w czasie trwania ciąży, porodu i połogu………………………………………………………………………………………………………………………..…………….…..
5. Miejsca, w których realizowana może być opieka w trakcie ciąży, porodu i połogu w ramach programu Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży:

1)Poradnie położniczo-ginekologiczne *(nazwa i adres)*

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

2) Gabinety położnej *(nazwa i adres)*

………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..……

3) Oddział położniczo-ginekologiczny *(nazwa i adres)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………….…..

1. Numer telefonu do kontaktów w pilnych przypadkach…………………………………………..W sytuacji braku możliwości uzyskania kontaktu, należy porozumieć się z innym ośrodkiem realizującym świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.

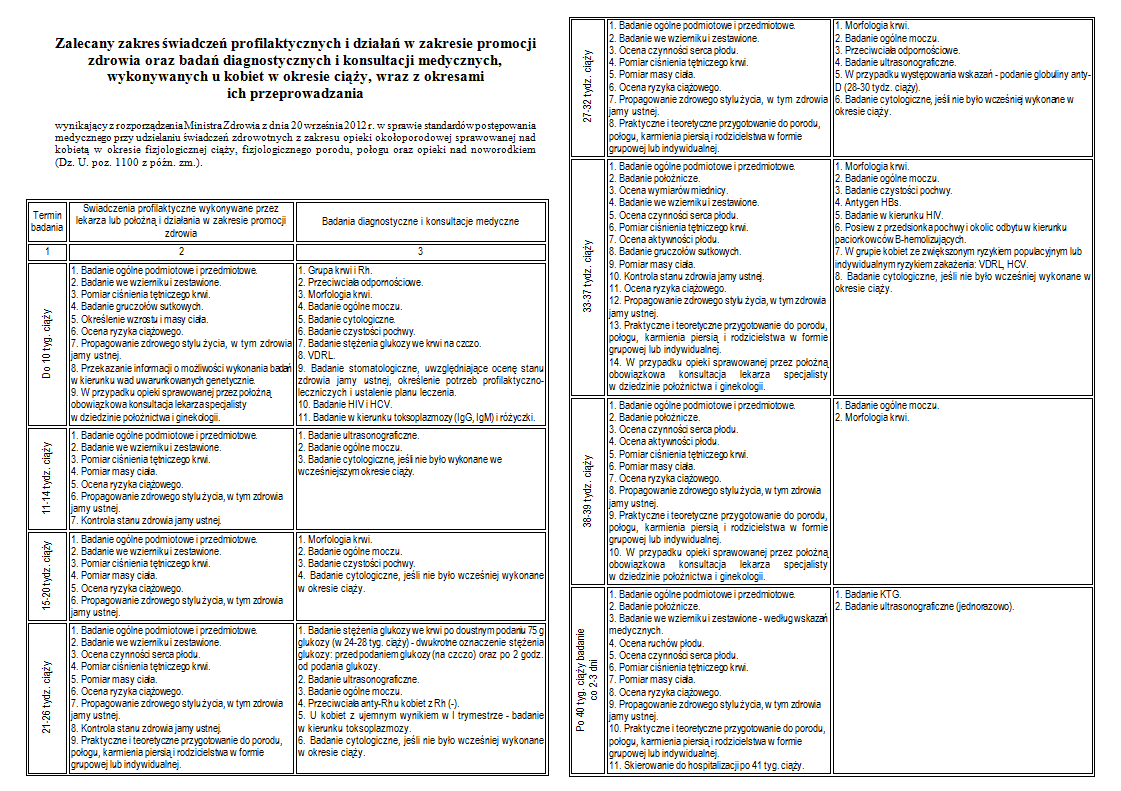
Czytelny podpis pacjentki Pieczęć i podpis lekarza/ położnej

…………………………………… …………….……………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.), przez świadczeniodawców posiadających umowę z NFZ z zakresu położnictwa i ginekologii w celu realizacji i monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących ciąży, porodu i połogu. Czytelny podpis pacjentki

………………………………….……..

*\*) Istnieje możliwość rezygnacji z opieki w ramach KOC, o czym należy poinformować podmiot koordynujący KOC*

**