

## АНКЕТА ДОНОРСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ РЕЦИПИЕНТКИ

Дата запроса \_\_\_\_\_

### Реципиент

Имя \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Персональный код \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . (день.месяц.год.)

Тел. \_\_\_\_\_

Э-почта \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Цвет кожи \_\_\_\_\_

Цвет глаз \_\_\_\_\_ Цвет волос \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

Беременности \_\_\_\_\_ Количество детей \_\_\_\_\_

### Партнер

Имя \_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_

Персональный код \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . (день.месяц.год.)

Тел. \_\_\_\_\_

Э-почта \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Цвет кожи \_\_\_\_\_

Цвет глаз \_\_\_\_\_ Цвет волос \_\_\_\_\_

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

Количество детей \_\_\_\_\_

Возможная причина бесплодия \_\_\_\_\_

Какой донорский материал планируете выбрать?

- Донорская сперма
- Донорская яйцеклетка
- Донорский эмбрион (в анкете критериев необходимо будет **заполнить обе графы**: донор спермы и донор яйцеклетки)

Как Вы узнали о донорской программе Клиники EGV? \_\_\_\_\_

Обработка персональных данных (в том числе, сенситивных данных в понимании Закона об обработке данных физических лиц) производится в соответствии с требованиями действующего законодательства ЛР. Данные РЕЦИПИЕНТКИ (или ПАРЫ) регистрируются и хранятся в карточке РЕЦИПИЕНТКИ (или ПАРЫ), а также в базе данных Клиники: "Ārstu birojs", "Fertsoft", "DS procedūru reģistrs". Адрес местонахождения носителя данных Базы данных: Рига, ул. Лачплеша, 38, 5 этаж.

**Критерии донора:**

Пожалуйста, выпишите их по шкале от 1 до 5 (от наиболее важного до менее важного).

Критерии	Донор яйцеклеток	Донор спермы
<b>Вес</b>	~ _____ КГ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно	~ _____ КГ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно
<b>Рост</b>	~ _____ СМ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно	~ _____ СМ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно
<b>Цвет волос</b>	<input type="checkbox"/> Светлые (белокурые или русые (серые)) <input type="checkbox"/> Светло-каштановые <input type="checkbox"/> Темные (темно-коричневые, черные) <input type="checkbox"/> Другой цвет _____ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно	<input type="checkbox"/> Светлые (белокурые или русые (серые)) <input type="checkbox"/> Светло-каштановые <input type="checkbox"/> Темные (темно-коричневые, черные) <input type="checkbox"/> Другой цвет _____ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно
<b>Цвет глаз</b>	<input type="checkbox"/> Голубые, серо-голубые <input type="checkbox"/> Зеленые, серо-зеленые, зелено-карие <input type="checkbox"/> Карие <input type="checkbox"/> Другой цвет _____ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно	<input type="checkbox"/> Голубые, серо-голубые <input type="checkbox"/> Зеленые, серо-зеленые, зелено-карие <input type="checkbox"/> Карие <input type="checkbox"/> Другой цвет _____ Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно
<b>Группа крови</b>	<input type="checkbox"/> O(I) <input type="checkbox"/> A(II) <input type="checkbox"/> B(III) <input type="checkbox"/> AB(IV) Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно	<input type="checkbox"/> O(I) <input type="checkbox"/> A(II) <input type="checkbox"/> B(III) <input type="checkbox"/> AB(IV) Маловажно <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Очень важно
<b>Комментарии</b>		

**Подпись реципиентки (или ПАРЫ):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_