



REGISTRATION FORM

登记表

City Fertility Centre would like to welcome you as a new patient. Please take the time to fill out this form as accurately as possible so we can most appropriately address your treatment needs.

Please note that this registration form refers to partner 1 and partner 2. Where we refer to partner 1 we are referring to the primary person receiving fertility treatment. If both partners are undergoing fertility treatment please identify the patient undergoing egg collection as partner 1 and the patient undergoing the transfer as partner 2.

Please understand that the legal name and sex listed on your Medicare card must be used on documents pertaining to your health records and billing. However, please let us know if your preferred name and pronouns are different from these.

欢迎成为City Fertility Centre的新求诊者。为了我们能够最好地满足您的治疗需求，请尽可能准确地填好以下表格。

请注意，此登记表格提到了伴侣1和伴侣2。当我们提到伴侣1时，我们是指接受生育治疗的主要患者。如伴侣双方同时需要接受生育治疗，请把要进行卵子采集的患者标记为伴侣1，要进行移植的患者标记为伴侣2。

请注意，在关于您健康记录及账单文件上，必须使用您Medicare医保卡上的有法律效力的正式名字及性别。但是如果您想我们用其它名字称呼您，或者名字发音跟文件上不一样，请告诉我们。



PARTNER 1 DETAILS 伴侣 1 信息				PARTNER 2 DETAILS 伴侣 2 信息 (if applicable)(若有)			
Surname 姓				Surname 姓			
First Name 名				First Name 名			
Preferred or Former Name (if applicable) 别名 或曾用名(若有)				Preferred or Former Name (if applicable)别名 或曾用名(若有)			
Date of Birth 出生日期				Date of Birth 出生日期			
Gender At Birth 出生时 性别		<input type="checkbox"/> Female 女	<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> X	Gender 性别		<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> X
Gender Identify As 确定 性别		<input type="checkbox"/> Female 女	<input type="checkbox"/> Male 男		Gender Identify As 确定 性别		<input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Male 男
CONTACT DETAILS联系方式							
Please ensure that you add your preferred contact details. We will never identify ourselves as calling from City Fertility Centre to anyone other than you. Please indicate if you would prefer Partner 2 to be the main contact. 请确保填写好您的联系方式。我们不会以 City Fertility Centre的名义给除了您之外的任何人打电话。如您想用伴侣2作为主要联系人的话，请标明。							
Address 地址				Address 地址 (or as 'Partner 1')(或与 伴侣 1 相同)			
State 州			Post Code 邮编		State 州		Post Code 邮编
Postal Address 通讯地址				Postal Address 通讯地址			
Medicare Number 医保卡号码				Medicare Number 医保卡号码			
Expiry Date 有效期			Reference number 参考号码		Expiry Date 有效期		Reference number 参考号码
Private Health Fund Name and Number 私人健康保险公司名字和号码				Private Health Fund Name and Number 私人健康保险公司名字和号码			
Home Phone 家里电话				Home Phone 家里电话			
Mobile 手机				Mobile 手机			
Email Address 电子邮箱				Email Address 电子邮箱			
Occupation 职业				Occupation 职业			
Country of Birth 出生国				Country of Birth 出生国			
Height 身高		Weight 体重		Height 身高		Weight 体重	
Emergency Contact Name and Number 紧急联系人姓名和电话				Emergency Contact Name and Number 紧急联系人姓名和电话			
Known Allergies 过敏史				Known Allergies 过敏史			
Referring Family Doctor (GP)转介家庭医生(全科医生)		Name 姓名				MANDATORY 强制	
		Address 地址					
Fertility Specialist 生育专科医生						MANDATORY 强制	

REGISTRATION FORM 登记表

ADDITIONAL REQUIREMENTS 额外要求				
Do you or your partner require an interpreter? 您或您的伴侣需要口译人员吗？	<input type="checkbox"/> Yes 需要	<input type="checkbox"/> No 不需要		
If yes, for which language?若需要，那么是哪一种语言？				
Do either of you have a physical disability? 您们其中一方有身体上的障碍吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有		
If yes, do you require Wheelchair Access?若有，那么需要无障碍通道吗？	<input type="checkbox"/> Yes 需要	<input type="checkbox"/> No 不需要		
Are you or your partner visually or hearing impaired? 您或您的伴侣有视觉或听觉方面的问题吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有		
If yes, do you require assistance for 若有，您需要协助的是	<input type="checkbox"/> Hearing 听力	<input type="checkbox"/> Seeing 视力		
How did you hear about City Fertility Centre? 您是如何知道 City Fertility Centre 诊所的？	<input type="checkbox"/> Radio 电台	<input type="checkbox"/> Yellow Pages 黄页	<input type="checkbox"/> Social Media 社交媒体(Facebook/twitter)	<input type="checkbox"/> Friend or Relative 朋友或亲戚
	<input type="checkbox"/> Magazine 杂志	<input type="checkbox"/> Newspaper 报纸	<input type="checkbox"/> White Pages 白页	<input type="checkbox"/> Referring GP 家庭医生
	<input type="checkbox"/> Internet Search Engine 互联网搜索引擎		<input type="checkbox"/> Other 其它	
Have you attended a City Fertility Centre Public Information Event? 您有参加过 City Fertility Centre 的公开信息活动吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有		
Have you attended a City Fertility Centre Lab Tour? 您有参观过 City Fertility Centre 的实验室吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有		

SEXUAL ORIENTATION 性取向

You will notice that we ask questions about gender and sexual orientation. We do this so that we can review the treatment that all patients receive and ensure that everyone gets the highest quality of care. Please note that completing this section is **optional**. 您会留意到我们会询问您的性别和性取向有关的问题。我们这样做是为了我们可以审核所有患者接受的治疗，以确保所有人都获得最好的治疗。请注意，此项是**可以不填的**。

PARTNER 1 DETAILS 伴侣 1 信息				PARTNER 2 DETAILS 伴侣 2 信息 (if applicable)(若有)			
Sexual Orientation 性取向 (optional)(可选择 不填)	<input type="checkbox"/> Lesbian 女同性 恋	<input type="checkbox"/> Gay 男同性 恋	<input type="checkbox"/> Bisexual 双性 恋	Sexual Orientation 性取向 (optional)(可选择 不填)	<input type="checkbox"/> Lesbian 女同性 恋	<input type="checkbox"/> Gay 男同性 恋	<input type="checkbox"/> Bisexual 双性 恋
	<input type="checkbox"/> Heterosexual 异性恋/ Straight 异性恋	<input type="checkbox"/> Transgender 变性	<input type="checkbox"/> Other 其 它		<input type="checkbox"/> Heterosexual 异性恋/ Straight 异性恋	<input type="checkbox"/> Transgender 变性	<input type="checkbox"/> Other 其 它
Are you intersex? 您是双性人吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否			Are you intersex? 您是双性人吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否		
Are you Transgender? 您是变性人吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 <input type="checkbox"/> M2F 男变女 <input type="checkbox"/> F2M 女变男			Are you transgender? 您是变性人吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 <input type="checkbox"/> M2F 男变女 <input type="checkbox"/> F2M 女变男		

Please complete the section below if you are Transgender 如果您是变性人，请填写以下部分问题

Have you started taking hormones? 您开始服用荷尔蒙了吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	Have you started taking hormones? 您开始服用荷尔蒙了吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否
Have you undergone sexual realignment surgery? 您做了变性手术了吗?	<input type="checkbox"/> Yes 做了 <input type="checkbox"/> No 没有	Have you undergone sexual realignment surgery? 您做了变性手术了吗?	<input type="checkbox"/> Yes 做了 <input type="checkbox"/> No 没有
Are you planning on undergoing realignment surgery in the near future? 您打算近期做变性手术吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否	Are you planning on undergoing realignment surgery in the near future? 您打算近期做变性手术吗?	<input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否

REGISTRATION FORM 登记表

PARTNER 1 伴侣 1

MEDICAL HISTORY 病史

The confidentiality of your health information is protected in accordance with the Privacy Act 1988. City Fertility Centre Confidentiality Policy is available on request 根据 1988 年隐私法，您的健康信息受到保护。City Fertility Centre 可应要求提供其隐私政策。

Have you ever smoked? 您有抽烟吗?	<input type="checkbox"/> Currently 目前	<input type="checkbox"/> Previously 以前 Year Ceased 戒烟年份: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, how many a day? 若有，每天抽多少?	<input type="text"/>		
Do you consume alcohol? 您有喝酒吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有		<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, how many glasses per week? 若有，每星期喝多少杯?	<input type="text"/>		
Are you taking any regular medication/herbal remedies? 您有正在使用任何治疗药物/草药疗法?	<input type="checkbox"/> Yes 有		<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, what are they? 若有，那是什么?	<input type="text"/>		
Have you previously had surgery? 您曾经做过手术吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有		<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, please specify 若有，请详细说明	<input type="text"/>		

Have you had a general anesthetic before? 您以前打过全身麻醉剂吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有
Any problems with general anesthetics in the past? 过往对全身麻醉有任何问题吗?		
Significant medical history? 重大病史?	<input type="checkbox"/> Asthma 哮喘	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病
	<input type="checkbox"/> Epilepsy 癫痫	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血压
Other? 其它?		
FEMALE FERTILITY HISTORY 女方生育史		
<i>If not applicable due to sex and/or gender please check here <input type="checkbox"/> and skip to Male Fertility Section</i> 如此栏因为性取向和/或性别而不适用, 请在 <input type="checkbox"/> 里打勾, 并跳过到男方生育史部分。		
Are your periods regular? 您的月经正常吗?	<input type="checkbox"/> Regular 正常 (beginning every 21-38 days) (每 21-38 天开始)	<input type="checkbox"/> Irregular 不正常
	<input type="checkbox"/> Absent 没有	
What is the average duration of your cycle? 平均经期持续时间是?	Days 天	
Has an explanation for your infertility been identified? 您是否知道自己不孕的原因?	<input type="checkbox"/> Yes 知道 If yes, please record below 若知道, 请写在下面	<input type="checkbox"/> No 不知道
		<input type="checkbox"/> Not Applicable 不详
Tubal 输卵管	<input type="checkbox"/> Pelvic Inflammatory Disease 盆腔炎	<input type="checkbox"/> Previous Ectopic Pregnancy 宫外孕
	<input type="checkbox"/> Sterilisation 结扎	<input type="checkbox"/> Multiple Tubal Causes 多因性输卵管
	<input type="checkbox"/> Removal of Tube or Tubes 输卵管移除	<input type="checkbox"/> Congenital Tubal Defect 先天性输卵管缺陷
Endometriosis 子宫内膜异位症	<input type="checkbox"/> Mild 轻微	<input type="checkbox"/> Moderate 中度
	<input type="checkbox"/> Severe 严重	<input type="checkbox"/> Not known 不清楚
Polycystic Ovaries (PCO) 多囊卵巢	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 无	<input type="checkbox"/> Not known 不清楚
	<input type="checkbox"/> Ovulation 排卵异常	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 无
Total Number of Pregnancies 总怀孕次数		
Number of Children in Current relationship 和现在伴侣的小孩数量	Number of Children in Previous relationships 和以前伴侣的小孩数量	
Number of Miscarriages & Weeks Gestation 自然流产次数和怀胎周数	Number of Terminations 人工流产次数	
Number of Ectopic Pregnancies 宫外孕次数	Number of Still Births & Weeks Gestation 死胎次数和怀胎周数	
Have you Previously Undergone Intrauterine Insemination Cycles 您尝试过子宫内人工授精吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数
		WHEN 时间
		<input type="checkbox"/> No 无
Have you Previously Undergone IVF Cycles 您以前有做过试管婴儿(IVF)?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数
		WHEN 时间
		<input type="checkbox"/> No 无
Have you previously frozen Embryos 您尝试过冷藏胚胎吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数
		WHEN 时间
		<input type="checkbox"/> No 无

REGISTRATION FORM 登记表

PARTNER 1 continued 伴侣 1 继续

MALE FERTILITY HISTORY 男方生育史		
<i>If not applicable due to sex and/or gender please check here <input type="checkbox"/></i> 如此栏因为性取向和/或性别而不适用, 请在 <input type="checkbox"/> 里打勾		
Azoospermia 无精症 (no sperm 没有精子)	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否
Oligospermia 精液缺乏症 (low sperm count 精子量过少)	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否
Decreased Motility 精子活动力低下	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否
Abnormal Sperm Morphology 精子形态异常	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否



Endocrine Disorders 内分泌失调	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否		
Sterilisation 结扎 (Vasectomy 输精管切除)	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否		
Unsuccessful Vasectomy Reversal 输精管重建失败	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否		
Other 其它	<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否		
Number of Children in Current relationship 和现在伴侣的小孩数量	<input type="text"/>	Number of Children in Previous relationship 和以前伴侣的小孩数量		
Have you Previously Undergone Surrogacy 您有试过代孕吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number 数量 <input type="text"/>	WHEN 时间 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No 否
Have you previously frozen Embryos/Gametes 您有试过冷藏胚胎/配子吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number 数量 <input type="text"/>	WHEN 时间 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No 否

CONSENT PARTNER 1 伴侣 1 同意			
I, 本人	<input type="text"/>	DOB: 出生日期	<input type="text"/>
Give permission for the following person/s to accept my blood test results on my behalf: 准许下面所列的人士代表本人接收本人的血液检测结果:			
1. Name: 姓名:	<input type="text"/>	Relationship to Partner 1 与伴侣 1 关系	<input type="text"/>
2. Name: 姓名:	<input type="text"/>	Relationship to Partner 1 与伴侣 1 关系	<input type="text"/>
I declare that the above information is correct. 我声明以上信息是正确的。			
PARTNER 1 SIGNATURE 伴侣 1 签名	<input type="text"/>	DATE 日期	<input type="text"/>

REGISTRATION FORM 登记表

PARTNER 2 伴侣 2

If not applicable please check here 如不没有, 请在 里打勾

MEDICAL HISTORY 病史

The confidentiality of your health information is protected in accordance with the Privacy Act 1988. City Fertility Centre Confidentiality Policy is available on request 根据 1988 年隐私法, 您的健康信息受到保护。City Fertility Centre 可应要求提供其隐私政策。

Have you ever smoked? 您有抽烟吗?	<input type="checkbox"/> Currently 目前	<input type="checkbox"/> Previously 以前 Year Ceased 戒烟年份: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No 没有
If yes, how many a day? 若有, 每天抽多少?	<input type="text"/>		
Do you consume alcohol? 您有喝酒吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有	
If yes, how many glasses per week? 若有, 每星期喝多少杯?	<input type="text"/>		
Are you taking any regular medication/herbal remedies? 您有正在使用任何治疗药物/草药疗法?	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有	
If yes, what are they? 若有, 那是什么?	<input type="text"/>		
Have you previously had surgery? 您曾经做过手术吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有	
If yes, please specify 若有, 请详细说明	<input type="text"/>		
Have you had a general anesthetic before? 您以前打过全身麻醉剂吗?	<input type="checkbox"/> Yes 有	<input type="checkbox"/> No 没有	
Any problems with general anesthetics in the past? 过往对全身麻醉有任何问题吗?	<input type="text"/>		
Significant medical history? 重大病史?	<input type="checkbox"/> Asthma 哮喘	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Epilepsy 癫痫
			<input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血压
Other? 其它?	<input type="text"/>		

FEMALE FERTILITY HISTORY 女方生育史

If not applicable due to sex and/or gender please check here and skip to Male Fertility Section 如此栏因为性取向和/或性别而不适用, 请在 里打勾, 并跳到男方生育史部分。

Are your periods regular? 您的月经正常吗?	<input type="checkbox"/> Regular 正常 (beginning every 21-38 days) (每 21-38 天开始)	<input type="checkbox"/> Irregular 不正常	<input type="checkbox"/> Absent 没有
What is the average duration of your cycle? 平均经期持续时间是?	<input type="text"/> Days 天		
Has an explanation for your infertility been identified? 您是否知道自己不孕的原因?	<input type="checkbox"/> Yes 知道 If yes, please record below 若知道, 请写在下面	<input type="checkbox"/> No 不知道	<input type="checkbox"/> Not Applicable 不详
Tubal 输卵管	<input type="checkbox"/> Pelvic Inflammatory Disease 盆腔炎性	<input type="checkbox"/> Previous Ectopic Pregnancy 宫外孕	
	<input type="checkbox"/> Sterilisation 结扎	<input type="checkbox"/> Multiple Tubal Causes 多因性输卵管	
	<input type="checkbox"/> Removal of Tube or Tubes 输卵管移除	<input type="checkbox"/> Congenital Tubal Defect 先天性输卵管缺陷	
Endometriosis 子宫内膜异位症	<input type="checkbox"/> Mild 轻微	<input type="checkbox"/> Moderate 适度	<input type="checkbox"/> Severe 严重
	<input type="checkbox"/> Not known 不清楚		
Polycystic Ovaries (PCO) 多囊卵巢	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 无	<input type="checkbox"/> Not known 不清楚	Ovulation 排卵异常 <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 无
Total Number of Pregnancies 总怀孕次数	<input type="text"/>		
Number of Children in Current relationship 和现在伴侣的小孩数量	<input type="text"/>		Number of Children in Previous relationships 和以前伴侣的小孩数量 <input type="text"/>
Number of Miscarriages & Weeks Gestation 自然流产次数和怀胎周数	<input type="text"/>		Number of Terminations 人工流产次数 <input type="text"/>
Number of Ectopic Pregnancies 宫外孕次数	<input type="text"/>		Number of Still Births & Weeks Gestation 死胎次数和怀胎周数 <input type="text"/>

Have you Previously Undergone Intrauterine Insemination Cycles 您尝试过宫腔内人工授精吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数		WHEN 时间		<input type="checkbox"/> No 无
Have you Previously Undergone IVF Cycles 您以前有做过试管婴儿(IVF)?	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数		WHEN 时间		<input type="checkbox"/> No 无
Have you previously frozen Embryos 您尝试过冷藏胚胎吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number of Cycles 周期数		WHEN 时间		<input type="checkbox"/> No 无

REGISTRATION FORM 登记表

PARTNER 2 continued PARTNER 2 伴侣2继续

MALE FERTILITY HISTORY 男方生育史					
<i>If not applicable due to sex and/or gender please check here</i> <input type="checkbox"/> 如此栏因为性取向和/或性别而不适用，请在 <input type="checkbox"/> 里打勾					
Azoospermia 无精症 (no sperm 没有精子)	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Oligospermia 精液缺乏症(low sperm count 精子量过少)	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Decreased Motility 精子活动力低下	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Abnormal Sperm Morphology 精子形态异常	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Endocrine Disorders 内分泌失调	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Sterilisation 结扎 (Vasectomy 输精管切除)	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Unsuccessful Vasectomy Reversal 输精管重建失败	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Other 其它	<input type="checkbox"/> Yes 是				<input type="checkbox"/> No 否
Number of Children in Current relationship 和现在伴侣的小孩数量			Number of Children in Previous relationship 和以前伴侣的小孩数量		
Have you Previously Undergone Surrogacy 您有试过代孕吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number 数量		WHEN 时间	<input type="checkbox"/> No 否
Have you previously frozen Embryos/Gametes 您有试过冷藏胚胎/配子吗？	<input type="checkbox"/> Yes 有	Number 数量		WHEN 时间	<input type="checkbox"/> No 否

CONSENT PARTNER 2 伴侣 2 同意

I, 本人		DOB: 出生日期	_ / _ / _
Give permission for the following person/s to accept my blood test results on my behalf: 准许下面所列的人士代表本人接收本人的血液检测结果：			
1. Name: 姓名:		Relationship to Partner 2 与伴侣 2 关系	
2. Name: 姓名:		Relationship to Partner 2 与伴侣 2 关系	
I declare that the above information is correct. 我声明以上信息是正确的。			
PARTNER2 SIGNATURE 伴侣 2 签名		DATE 日期	

CITY FERTILITY CENTRE - PRIVACY COLLECTION STATEMENT

The City Fertility Centre Pty Ltd (CFC) is the party collecting the information in this form. You can contact us at contactus@cityfertility.com.au or write to us at PO Box 3298, Newmarket, Qld 4059.

CFC uses the information you provide us in order to provide you with our services. Such information may include sensitive personal information relating to your health. CFC may also use the details we collect from you, including any email address you give to us, to send you information and direct marketing communications about our products, services, or any other activities which we consider may be of interest to you.

Some of the information we ask you to provide may be identified as mandatory or voluntary. If you do not provide the mandatory information, we may be unable to provide our services to you.

We may disclose the information provided under this form to various health and reproductive related organisations, including but not limited to the types of persons or organisations set out in sections 3 and 6 of CFC's Privacy Policy (which is accessible via the hyperlink below or can be provided to you upon request). CFC's Privacy Policy also sets out the process as to how you can access and correct any of your personal information collected under this form including how you can make a complaint.

It is possible that some of the information collected via this form may be disclosed to our IT service providers for the purpose of data hosting.

You may unsubscribe from receiving any further communication from us at any time. If you do not wish to receive direct marketing communications from CFC, please contact us via the details provided above.

Your personal information will be handled by CFC in accordance with the *Privacy Act 1988* (Cth) and our Privacy Policy (which is available at www.cityfertility.com.au <<http://www.cityfertility.com.au/wp-content/uploads/2015/09/1.1.32-City-Fertility-Centre-Pty-Ltd-Privacy-Policy.pdf>> or can be provided to you on request by CFC).

Current as at 8th March 2016

City Fertility Centre - Privacy Collection Statement 隐私收集声明

City Fertility Centre Pty Ltd (CFC) 同过此表格来收集您的信息，您也可以通过 contactus@cityfertility.com.au 或者写信至 PO Box 3298, Newmarket, Qld 4059 来联系我们。

CFC 使用您提供的信息来为您提供服务。这些信息可能包括关于您个人健康的敏感信息。CFC 也可能使用我们从您那里收集的信息，包括任何您给我们的电子邮箱来向您提供关于我们的产品、服务或任何我们认为您感兴趣的其它活动的信息以及直接与您进行营销沟通。

我们要求您提供的信息有些是必填的，有些是自愿性的。如果您没有提供必填信息，我们有可能不能为您提供服务。

我们会透露此表格中收集的信息给不同的健康和生殖相关机构，包括但不限于那些根据 CFC 隐私政策第 3 和第 6 部分列出的个人和机构（该政策可以通过以下链接读取或如有要求，可提供）。CFC 的隐私政策也列出了关于您怎样可以获取或修改您在此表格中提供的个人信息，包括您可以怎样投诉。

此表格中收集到的信息也可能透露给我们的 IT 服务商，用于数据托管之用。

您可以随时取消接收我们以后的通讯。如果您不想收到 CFC 的直接营销通讯，请通过以上的联系方式联系我们。

CFC 会根据 1988 年隐私法例（联邦）和我们的隐私政策来处理您的个人信息（可以通过以下链接读取 www.cityfertility.com.au <<http://www.cityfertility.com.au/wp-content/uploads/2015/09/1.1.32-City-Fertility-Centre-Pty-Ltd-Privacy-Policy.pdf> 或 CFC 会根据您的要求提供给您）

2016 年 3 月 8 日当日有效