

**Medicus-Dent**PRZYCHODNIA
STOMATOLOGICZNA
SAMO ZDROWIEWYWIAD DOTYCZĄCY STANU
ZDROWIA PACJENTAMedicus-Dent Samo Zdrowie T.Białkowska Sp. k.
Ks.rej.000000021178 BDO 000044798
Medicus-Dent Samo Zdrowie
Poradnia Stomatologiczna Ogólna nr 001
95-050 Konstancinów Łódzki, Kopernia 2
BDO 000044798, KRS 0000618482,
NIP: 7311943173
REGON 100229538-00023,42 2117215,792117200**Imię i nazwisko pacjenta PESEL**

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią, proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym.

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie mojego stanu zdrowia. Zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską oraz służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia. W tabelce **właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem „X”**, a w informacjach dodatkowych proszę wpisać, np. nazwy leków, choroby, itp.

Pytanie	TAK	NIE	Dodatkowe informacje:
Czy jest Pan/i chora na jakieś choroby ogólne?			Proszę podać jakie:
Czy istnieją u Pana/i jakieś wady wrodzone/zespoły?			
Czy istnieją u Pana/Pani jakieś choroby psychiczne?			
Czy aktualnie się Pan/i na coś leczy?			Prosimy podać na co:
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył/a się Pan/i w szpitalu?			Proszę podać powód leczenia:
Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie)?			Proszę podać jakie i w jakich dawkach:
Czy jest Pan/i na coś uczulony/-a? (np. penicylinę/antybiotyki, środki znieczulające, materiały stomatologiczne, akryl, nikiel, inne)			Prosimy podać na co:
Czy występują u Pana/-i duszności?			
Czy występują u Pana/-i obrzęki, swędzenia, pokrzywka?			
Czy miał Pan/i epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?			Kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy posiada Pan/i rozrusznik serca?			
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby serca(zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na inne choroby układu krążenia(nadciśnienie,niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na osteoporozę?			
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na zmiany nastroju (depresja, nerwica)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby zakaźne: żółtaczką zakaźną, AIDS, żółtaczką zakaźną B, gruźlica, żółtaczką zakaźną C, choroby weneryczne?			Proszę wpisać nazwę choroby:

Czy choruje lub chorował/a Pan/i na choroby oczu (jaskra)?	TAK	NIE	Wskazać od kiedy:
Czy choruje lub chorował/a Pan/i na chorobę reumatyczną			Wskazać od kiedy:
Czy miał/a Pan/i przetaczaną krew?			Kiedy i dlaczego:
Czy pali Pan/i tytoń?			
Czy zażywa Pan/i środki uspokajające, nasenne, narkotyki?			Jakie i jak często:
Pytanie dotyczące kobiet: Czy jest Pani w ciąży?			Który tydzień:
Czy miał/a Pan/i zapalenie lub nawykowe zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego (niemożliwość zamknięcia ust po szerokim otwarciu) ?			Kiedy:
Czy miał/a Pan/i nawracające zapalenie dziąseł , afty nawrotowe, drożdżyca, grzybica jamy ustnej?			Wskazać co i kiedy:
Czy miał/a Pan/i trzaski, trzeszczenia, bolesność w stawie skroniowo-żuchwowym?			Wskazać co i kiedy:
Czy miał/a Pan/i zapalenie zatok szczękowych?			Kiedy:
Czy Pan/i zgrzyta zębami (w dzień lub w nocy)?			
Czy Pan/i zaciska zęby?			
Czy Pan/i obgryza paznokcie i/lub gryzie obce przedmioty np. długopis, okulary?			
Czy Pan/i przygryza błonę śluzową policzka, języka?			
Czy był/a Pan/i leczona ortodontycznie?			Kiedy:
Czy miał/a Pan/i inne dolegliwości stomatologiczne?			Jakie:
Czy dobrze w przeszłości zniósł/zniosła Pan/i znieczulenie?			
Czy może być podane Pani/Panu znieczulenie?	TAK	NIE	
Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego: nasiękowego, przewodowego, śródwładźowego oraz wyrażam zgodę, aby lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałem poinformowany/a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.	TAK	NIE	Ewentualne przeciwwskazania do wykonania znieczulenia:
Uwagi:			
Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie. Niniejsza informacja dot. stanu zdrowia pacjenta obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.			

Konstantynów Łódzki

Podpis i pieczętka lekarza dentyisty; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego; data i miejscowość

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w sprawie swobodnego przepływu takich danych, a także uchylecia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Medicus-Dent Samo Zdrowie T.Białkowska Sp.k w następujących celach:

Kontakt telefoniczny/SMS w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia lub odwołania)	TAK	NIE
Kontakt mailowy w celu otrzymywania potwierdzeń wizyt, przypomnień o wizytach, przesunięcia wizyty lub jej odwołania, otrzymywania faktur, kopii dokumentacji medycznej oraz kontaktu w sprawach administracyjnych drogą elektroniczną	TAK	NIE
Kontakt telefoniczny/SMS w celu przesyłania aktualnych promocji , zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną.....	TAK	NIE
Kontakt mailowy w celu przesyłania aktualnych promocji , zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną.....	TAK	NIE
Zgoda na udostępnienie wizerunku w celu prezentacji efektów leczenia stomatologicznego: Wyrażam zgodę dla MEDICUS-DENT SAMO ZDROWIE T.BIAŁKOWSKA SP.K., NIP 7311943173, 95-050 KONSTANTYNÓW ŁÓDZKI, KOPERNIKA 2, na nieograniczone czasowo udostępnienie prezentacji efektów mojego leczenia stomatologicznego w postaci zdjęcia fotograficznego jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska na stronie internetowej www.medicus-dent.pl, na firmowym Funpage'u, w serwisie Facebook i na wizytówce Google. Efekty leczenia zostały utrwalony podczas wizyt/wizyt stomatologicznej/cznych, w Medicus-Dent w Konstantynowie Łódzkim.	TAK	NIE

Zostałam/em poinformowana/y o przysługujących mi prawach, w tym: dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych oraz cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie.

Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego; data i miejscowość.....