

	WYWIAD DOTYCZĄCY STANU ZDROWIA PACJENTA NIELETNIEGO	Medicus-Dent Samo Zdrowie Sp. z o.o. Sp. k. Ks.rej.000000021178 Medicus-Dent Samo Zdrowie Poradnia Stomatologiczna Ogólna nr 001 95-050 Konstantynów Łódzki, Kopernia 2 BDO 000044798, KRS 0000618482, NIP: 7311943173 REGON 100229538-00023 42 211-72-15, 792-117-215, 792-117-200
--	--	---

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 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 dziecko jest chore na jakieś choroby ogólne?			Proszę podać jakie:
Czy istnieją jakieś wady wrodzone/zespoły?			
Czy istnieją jakieś choroby psychiczne?			
Czy aktualnie na coś się leczy?			Jeżeli zaznaczono tak, prosimy podać na co:
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył/a się w szpitalu?			Proszę podać powód leczenia:
Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie)?			Proszę podać jakie i w jakich dawkach:
Czy jest na coś uczulony/-a? (np. penicylinę/antybiotyki, znieczulenia, materiały stomatologiczne, akryl, inne)			Jeżeli zaznaczono tak, prosimy podać na co:
Czy występują i duszności?			
Czy występują obrzęki, swędzenia, pokrzywka?			
Czy choruje lub chorował/a na astmę?			Wskazać od kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na hemofilię?			Wskazać do kiedy:
Czy miał/a epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?			Kiedy:
Czy pacjent/tka ma skłonność do krwawień?			
Czy choruje lub chorował/a na choroby krwi i układu krzepnięcia: anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na choroby serca lub układu krążenia, naczyń krwionośnych?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na wirusowe zapalenie wątroby?			Wskazać od kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na cukrzycę?			Wskazać od kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia)?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na niewydolność nerek?			Wskazać na co i kiedy:
Czy choruje lub chorował/a na AIDS?			Wskazać na co i kiedy:
Czy w przeszłości dobrze zniósł/zniosła znieczulenie?			

Czy miał/a przetaczaną krew?			Kiedy i dlaczego:
Czy zaciska zęby?			
Czy obgryza paznokcie i/lub gryzie obce przedmioty np. długopis?			
Czy był/a u ortodenty/jest pod jego kontrolą?	TAK	NIE	
Czy korzystał/a z dentystycznych zabiegów profilaktycznych: lakierowanie/ fluoryzacja, lakowanie,?			
Czy zażywa preparaty z żelazem podaj jakie?			
Czy używa nitki dentystycznej/płynu do płukania jamy ustnej?			
Czy skarży się inne dolegliwości stomatologiczne?			Wymienić:
Dotyczy dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym	TAK	NIE	
Czy chętnie myje zęby?			
Czy nadzorujesz skuteczność mycia zębów przez dziecko?			
Czy dziecko po wieczornym myciu zębów spożywa jeszcze pokarmy ?			
Czy dziecko używa smoczka w nocy?			
Czy dziecko pije z butelki ze smoczkiem?			
Czy łatwo nawiązuje kontakt?			
Czy boi się personelu medycznego/ zabiegów stomatologicznych?	TAK	NIE	
Czy może być podane Pani/Pana dziecku 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:			
Podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić pisemnie w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.			

.....
Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat i nie jest jeszcze pełnoletni;

.....
odpis i pieczęć lekarza dentysty; ; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis rodzica/ 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 uchylenia 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:	TAK	NIE
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 leczenia stomatologicznego mojego dziecka (imię i nazwisko) w postaci zdjęcia fotograficznego jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska na stronie internetowej www.medicus-dent.pl oraz na firmowym Funpage'u, w serwisie Facebook, na wizytówce Google. Wizerunek został utrwalony podczas wizyty/wizyt stomatologicznej/czynych, w Medicus-Dent w Konstantynowie Łódzkim której/rych moje dziecko było uczestnikiem.	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, który ukończył 16 lat i nie jest jeszcze pełnoletni;

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