

**WYWIAD DOTYCZĄCY STANU
ZDROWIA PACJENTA**

Medicus-Dent Samo Zdrowie Sp. z o.o. Sp. k.
Ks.rej.000000021178 BDO 000044798
Medicus-Dent Samo Zdrowie
Poradnia Stomatologiczna Ogólna nr 001
95-050 Konstancin 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 przeciwkrzepliwe)?			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, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)?			Wskazać na co i kiedy:

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 SP. Z O.O. 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 utrwalone podczas wizyty/wizyt stomatologicznej/czynych, 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.....