



ul. Wrocławska 50/1 45-701 Opole
REGON: 53224700225 NIP:754-192-89 Tel. 77 402 18 20

KARTA PACJENTA

Dane personalne

Imiona	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
Pesel	<input type="text"/>

Dane adresowe

Ulica	<input type="text"/>
Nr domu	<input type="text"/>
Nr lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>

Dane kontaktowe

E-mail	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

Informacja dla pacjenta

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwość z lekarzem prowadzącym. Poniższe pytania służą do zbierania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Uprzejmie informujemy, że każda zaplanowana wizyta musi zostać potwierdzona najpóźniej na dzień przed planowanym terminem. W tym celu rejestracja naszego gabinetu kontaktuje się telefonicznie z Państwem. W przypadku braku odpowiedzi na nasz kontakt, gabinet zastrzega sobie prawo do odwołania wizyty.

Miejscowość i data

Czytelny podpis pacjenta
(opiekuna prawnego)

WYWIAD LEKARSKI OSOBY DOROSŁEJ

1. Kiedy był Pan/Pani ostatni raz u dentysty?

2. Czy boi się Pan/Pani dentysty?

tak nie

3. Czy był Pan/Pani w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat?

tak nie

4. Czy był Pan/Pani operowany?

tak nie

5. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek alergię (uczulenia)?

tak- jakie? nie

6. Czy miał pan/ miała Pani kiedykolwiek wykonany?

- zabieg przetaczania krwi
- szpitalny zabieg operacyjny
- przeszczep narządów
- przekłuwanie uszu lub innej części ciała
- tatuaż
- zabieg manicure/pedicure w gabinecie kosmetycznym

7. Czy występują u Pana/ Pani?

- duszności
- obrzęki

epizody zasłabnięcia, utraty przytomności

pokrzywka, swędzenie

zmiany nastroju (depresja, nerwica)

choroba alkoholowa

uzależnienie od narkotyków

8. Czy choruje Pan/Pani na którąś z poniższych chorób

astma oskrzelowa

nadciśnienie

wady serca

choroba wieńcowa

zawał mięśnia sercowego

niewydolność krążenia

arytmia serca

cukrzyca – typ

padaczka - kiedy był ostatni napad?

choroby tarczycy:

nadczynność niedoczynność

choroby zakaźne –jakie?

AIDS WZW typu

inne:

choroby wątroby

niewydolność nerek

jaskra

inne nie uwzględnione poniżej- jakie?

9. Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek zabiegu na sercu?

wszczepienie bypassów

wszczepienie stentów

wszczepienie rozrusznika

inne

10. Czy stwierdzono u Pana/ Pani problemy z krzepnięciem krwi?

tak nie

zaburzenia krzepnięcia

skłonność do nadmiernych siniaków i krwawień

przyjmuję leki przeciwkrzepliwe

jakie?

11. Jakie leki Pan/Pani przyjmuje na stałe?

12. Czy jest Pani w ciąży?

-który tydzień

Rozumiem, że powyższe informacje są niezbędne w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego w sposób najbardziej bezpieczny. Na wszystkie pytania odpowiedziałem(-am) zgodnie z posiadaną wiedzą. Zobowiązuję się też, że niezwłocznie poinformuje mojego lekarza dentystę o jakichkolwiek zmianach dotyczących stanu mojego zdrowia lub zażywanych lekach.

Data

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

1. Ile razy Państwa dziecko było u dentysty?

nigdy jeden raz kilka razy

2. Jakie dotychczasowe doświadczenia miało Wasze dziecko w kontakcie z dentystą?

negatywne neutralne pozytywne

3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było w szpitalu?

tak nie

4. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko przeszło zabieg chirurgiczny?

tak – jaki? nie

5. Czy u dziecka stwierdzono jakieś choroby?

tak – jakie? nie

6. Czy dziecko ma stwierdzoną alergię?

tak – jaką? nie

7. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?

tak nie

jakie?

8. Czy dziecko było kiedykolwiek znieczulane?

tak nie

Dane opiekuna prawnego:

Imię

Nazwisko

Adres

Telefon

Data

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego

KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych

Studio dentystyczne Artdentica Anna Rusin-Grela świadczy usługi oparte na zaufaniu, a nasi pacjenci mogą mieć pewność, że dane pacjentów są przetwarzane w bezpieczny sposób.

Zgodnie z art.13 ust.1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)(Dz.Urz. UEL 119s.1)- dalej **RODO** informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Anna Rusin-Grela prowadząca działalność leczniczą Studio Dentystyczne Artdentica z siedzibą w Opolu 45-081 przy ul.Piastowskiej 2/1 ,Nip 7541928941 e-mail : studio@artdenica.opole.pl tel 77 4021820
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych na podstawie Ustawy z dnia 15.04.2011r o działalności leczniczej, Ustawy z dnia 6.11.2008r o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, ich przenoszenia, do ich poprawiania, oraz ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub wniesienia sprzeciwu z powodu Państwa szczególnej sytuacji, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Pani/Pana dane mogą być udostępniane firmom i instytucjom świadczącym usługi w zakresie badań: laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, specjalistycznych konsultacji medycznych, transportu medycznego, producentom oraz firmom serwisującym oprogramowanie wykorzystywane w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązany/na do ich podania ,a konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udzielenia Świadczenia zdrowotnego.
6. Jeżeli uzna Pani/Pan, że dane osobowe będą przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy administratora, zleceniobiorcy świadczący na rzecz administratora usługi zarządcze, księgowo, marketingowe i prawne.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat lub do momentu wycofania przez Panią/Pana zgody licząc od końca roku kalendarzowego , którym zakończono udzielanie Świadczenia zdrowotnego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w formie profilowania.

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego

