



DOKUMENTACJA MEDYCZNA

PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

SZANOWNY RODZICU,

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas obdarzyliście.

W związku z rozpoczęciem leczenia procesu diagnostyki i leczenia w naszej Klinice **prosimy o czytelne wypełnienie poniższego formularza**, który będzie częścią dokumentacji medycznej.

Podanie poniżej pełnych danych osobowych oraz kontaktowych jest niezbędne do skutecznej organizacji i realizacji procesu diagnostyki oraz leczenia, w tym umawiania i zmiany terminów.

DANE DZIECKA Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

..... _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _
 Imię i nazwisko PESEL Data urodzenia

..... - _ _ _ _ _
 Adres zamieszkania: ulica, nr domu/ nr mieszkania Kod pocztowy Miejscowość

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

..... WIEŻ PRAWNA (RODZIC / OPIEKUN PRAWNY / KURATOR)
 Imię i nazwisko (Niepotrzebne skreślić)

..... - _ _ _ _ _
 Adres zamieszkania: ulica, nr domu/ nr mieszkania Kod pocztowy Miejscowość

.....
 Telefon kontaktowy E- mail

WYWIAD OGÓLNY

Kiedy ostatnio Dziecko było w gabinecie stomatologicznym ? <input type="checkbox"/> To pierwsza wizyta <input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 6 miesięcy <input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 2 lat	Jaki jest powód dzisiejszej wizyty ? <input type="checkbox"/> Ocena stanu uzębienia <input type="checkbox"/> Ból <input type="checkbox"/> Higiena i fluoryzacja <input type="checkbox"/> Inne.....
Jakie dotychczasowe doświadczenie miało Wasze Dziecko w kontakcie z dentystą ? <input type="checkbox"/> Negatywne <input type="checkbox"/> neutralne	Skąd Pan/i dowiedział/a o naszej Klinice ? <input type="checkbox"/> Z polecenia innego pacjenta <input type="checkbox"/> Z mediów społecznościowych <input type="checkbox"/> Mieszkam w pobliżu

<input type="checkbox"/> pozytywne	<input type="checkbox"/> Od innego lekarza (spoza kliniki) <input type="checkbox"/> Szukając w Google
------------------------------------	---

WYWIAD MEDYCZNY

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHOROWAŁO LUB CHORUJE NA :

<p style="text-align: center;">Alergie / Uczulenia (reakcje uczuleniowe np. po podaniu leku ?)</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p style="text-align: center;">Astmę, choroby płuc ?</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p style="text-align: center;">Schorzenia związane z układem krążenia (choroby serca, nadciśnienie ?)</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p style="text-align: center;">Choroby nerek ?</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p style="text-align: center;">Choroby wątroby ? (np. żółtaczką)</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p style="text-align: center;">Cukrzycę ?</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p style="text-align: center;">Choroby tarczycy ?</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p style="text-align: center;">Choroby zakaźne (m.in. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, AIDS ?)</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p style="text-align: center;">Czy dziecko przyjmuje leki ?</p> <input type="checkbox"/> TAK jakie ? <input type="checkbox"/> NIE 	<p style="text-align: center;">Inne niewymienione schorzenia</p>

- Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuje się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi. Wiarygodność informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.
- Oświadczam, że zapoznano mnie z informacją dot. przetwarzania danych osobowych i akceptuję jej treść. Rozumiem zatem, że konsekwencją, wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta jest przetwarzanie danych osobowych, o którym mowa w przedstawionej mi klauzuli informacyjnej na podstawie przepisów prawa.
- Oświadczam, że poinformowano mnie o obowiązującym na terenie Kliniki monitoringu wizyjnym i zasadach przetwarzania danych osobowych w tym zakresie.
- Rozumiejąc, że przedstawienie kompleksowego planu leczenia wraz z kosztorysem, jak i jego harmonogramu jest ofertą handlową wyrażam zgodę na (proszę wpisać odpowiednio X):

- kontakt telefoniczny i w formie wiadomości sms tj. wykorzystywanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w tym telefonów i automatycznych systemów wywołujących dla celów dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności medycznej;
- kontakt e-mail w celu przesyłania informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej;
- korespondencję listowną w celu przesyłania informacji handlowych drogą pocztową.

- Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, o udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych oraz o uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam:

.....
.....

data

czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

podpis i pieczęć lekarza

Zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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), informujemy, że administratorem danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Stomatologia Polak S.C. Jacek Polak, Dominika Nowak-Polak z siedzibą w Łędzinach przy ulicy Pokoju 92/49, e-mail: kontakt@stomatologiapolak.pl, tel.: 512 999 134. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych – Panią Patrycją Hladoń, przesyłając informację na adres e-mail: patrycja@informatics.jaworzno.pl lub listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora lub telefonicznie pod numerem: 668416144. Obowiązku informacyjnego dopełniono indywidualnie przy pierwszym kontakcie z pacjentem oraz stosowną informację opublikowano na terenie siedziby Administratora.