

DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA

SZANOWNY PACJENCIE,

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas Pani/ Pan obdarzył/a.

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 PACJENTA Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

..... / /

Imię i nazwisko PESEL Data urodzenia

..... -

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

.....

.....

Telefon kontaktowy E- mail

WYWIAD OGÓLNY

<p>Kiedy ostatnio był/a Pan/i na wizycie u stomatologa ?</p> <p><input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 6 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> W ciągu ostatnich 2 lat</p> <p><input type="checkbox"/> Ponad 2 lata temu</p>	<p>Czy ma Pan/i obawy przed leczeniem stomatologicznym ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Czy dotychczasowe leczenie odbywało się w znieczuleniu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p>Czy posiada Pan/i zdjęcie panoramiczne ? (nie starsze niż rok)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jaki jest powód dzisiejszej wizyty ?</p> <p><input type="checkbox"/> Ból</p> <p><input type="checkbox"/> Ogólna ocena stanu uzębienia</p> <p><input type="checkbox"/> Chęć uzupełnienia braków</p> <p><input type="checkbox"/> Poprawa estetyki</p> <p>Inne :</p>	<p>Skąd Pan/i dowiedział/a o naszej Klinice ?</p> <p><input type="checkbox"/> Z polecenia innego pacjenta</p> <p><input type="checkbox"/> Z mediów społecznościowych</p> <p><input type="checkbox"/> Mieszkam w pobliżu</p> <p><input type="checkbox"/> Od innego lekarza (spoza kliniki)</p> <p><input type="checkbox"/> Szukając w Google</p>

WYWIAD MEDYCZNY

Czy stwierdzono u Pani/Pana następujące schorzenia :

<p>Choroby serca (układ krążenia, zawał, choroba wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, wady serca, nadciśnienie)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK - podkreśl właściwe</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, astma)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK - podkreśl właściwe</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Choroby nowotworowe</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>

<p align="center">Choroby nerek (stany zapalne, kamica)</p> <input type="checkbox"/> TAK - podkreśl właściwe <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Choroby wątroby (żółtaczka, marskość)</p> <input type="checkbox"/> TAK - podkreśl właściwe <input type="checkbox"/> NIE
<p align="center">Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność)</p> <input type="checkbox"/> TAK - podkreśl właściwe <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Padaczka</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Kiedy był ostatni atak
<p align="center">Cukrzyca</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Inne niewymienione schorzenia</p>
<p align="center">Alergie na leki</p> <input type="checkbox"/> TAK (jakie?) <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Alergie na środki znieczulające</p> <input type="checkbox"/> TAK (jakie?) <input type="checkbox"/> NIE
<p align="center">Alergie</p> <input type="checkbox"/> TAK (jakie?) <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki ??</p> <input type="checkbox"/> TAK (jakie?) <input type="checkbox"/> NIE
<p>Czy był wykonywany lub jest planowany przeszczep narządów ?</p> <input type="checkbox"/> TAK (jaki?) <input type="checkbox"/> NIE	<p align="center">Czy jest Pani w ciąży ?</p> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Tydzień

- Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej 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:

.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

.....

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.