



## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

### PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

SZANOWNI RODZICE,

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas obdarzyliście. W związku z rozpoczęciem procesu diagnostyki i leczenia w naszej Klinice bardzo **prosimy o czytelne wypełnienie poniższego formularza**, który będzie częścią dokumentacji medycznej. Wszystkie informacje objęte są tajemnicą lekarską oraz pełną ochroną danych osobowych.

Podanie poniżej pełnych danych osobowych i kontaktowych jest niezbędne do skutecznej organizacji i realizacji procesu diagnostyki oraz leczenia w naszej Klinice, w tym umawiania i zmiany terminów wizyt, przypomnieniach o wizytach oraz badania satysfakcji Pacjenta po przeprowadzonym leczeniu.

DANE DZIECKA      Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

.....  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
PESEL

DD / MM / RRRR

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia

\_\_\_\_\_  
KOBIEȚA / MĘŻCZYŻNA

\_\_\_\_\_  
Płeć: niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / nr mieszkania

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość / Kraj

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO      Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

.....  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
RODZIC / OPIEKUN PRAWNY / KURATOR

\_\_\_\_\_  
Więź prawna: niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy Opiekuna

\_\_\_\_\_  
E-mail Opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / nr mieszkania

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Miejscowość / Kraj

Obowiązek pobierania i przechowywania powyższych danych przez podmiot leczniczy regulują przepisy: art. 25. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 18. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 41. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Imię i nazwisko Dziecka .....  
PESEL \_ \_ \_ \_ \_



## UPOWAŻNIENIE

Do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego Dziecka, o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam:

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....  
Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

## WYWIAD MEDYCZNY

Kiedy ostatnio Dziecko było w gabinecie stomatologicznym?

- ☐ To pierwsza wizyta Dziecka
- ☐ W ciągu ostatnich 6 miesięcy
- ☐ W ciągu ostatnich 2 lat
- ☐ Ponad 2 lata temu

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

- ☐ Ocena stanu uzębienia
- ☐ Ból
- ☐ Leczenie zębów mlecznych
- ☐ Leczenie w narkozie
- ☐ Higiena i fluoryzacja
- ☐ Wizyta kontrolna
- ☐ Inne

Jakie są oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym Dziecka?

.....

## ANKIETA MEDYCZNA cz. I

Czy Dziecko posiada aktualne badanie poziomu witaminy D? Czy kiedykolwiek było wykonywane? Kiedy? ..... ☐ Tak ☐ Nie

Czy u Dziecka występują krwawienia dziąseł lub stany zapalne w jamie ustnej? ☐ Tak ☐ Nie

Czy Dziecko posiada aktualne wyniki badań krwi (morfologia oraz CRP)? ☐ Tak ☐ Nie

Czy Dziecko jest aktualnie pod opieką fizjoterapeuty lub jest w trakcie rehabilitacji? Z jakiego powodu? ..... ☐ Tak ☐ Nie

Czy Dziecko posiada aktualne zdjęcie RTG uzębienia lub TK (tomografię komputerową)? ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
PESEL \_ \_ \_ \_ \_



## ANKIETA MEDYCZNA cz. II

Ogólny stan zdrowia może mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego. W trosce o bezpieczeństwo i w celu właściwego zaplanowania procesu leczenia, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety.

### CZY PAŃSTWA DZIECKO CHOROWAŁO LUB CHORUJE NA:

Alergie/Uczulenia (reakcje uczuleniowe np. po podaniu leków)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Astmę, choroby płuc?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Schorzenia związane z układem krążenia (choroby serca, nadciśnienie)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby reumatyczne (bóle stawowe, mięśniowe)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby nerek?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby wątroby (np. żółtaczką)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Cukrzycę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby tarczycy?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby zakaźne (m.in. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlicę, AIDS)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Skłonności do krwawień (skazy krwotoczne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Choroby oczu (m.in. jaskra, zaćma)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Inne poważne schorzenia? Jakież?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy Dziecko przyjmuje leki regularnie? Jeśli tak, prosimy o podanie schorzenia i nazw leku/leków:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany sytuacji zdrowotnej mojego Dziecka, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi. Wiarygodność informacji podanych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego Dziecka dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego. Oświadczam, że poinformowano mnie o monitoringu wizyjnym na terenie Kliniki.

.....  
Data

.....  
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna

.....  
Podpis Rodzica / Opiekuna

.....  
Podpis Pacjenta niepełnoletniego (który ukończył 16 r.ż.)

Imię i nazwisko Dziecka .....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_



## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dla zapewnienia możliwości przedstawienia kompleksowego planu leczenia wraz z kosztorysem, będącego w rozumieniu przepisów prawa ofertą handlową, prosimy o zaakceptowanie poniższych zgód.



### ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY I SMS

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w tym telefonów i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego.

☐ TAK

☐ NIE



### ZGODA NA KONTAKT E-MAIL

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

☐ TAK

☐ NIE



### ZGODA NA KORESPONDENCJĘ LISTOWĄ

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych drogą pocztową.

☐ TAK

☐ NIE

## Co zyskujesz?

Spersonalizowany plan leczenia Dziecka wraz z wyceną.

Możliwość modyfikowania oferty podczas leczenia.

Dostęp do programu Opieki Pacjenta i osobistego Opiekuna Twojego Dziecka.

Specjalne warunki leczenia dla członków Twojej najbliższej rodziny.

Informacje o programach lojalnościowych dedykowanych wybranym Pacjentom.

Dostęp do nowych narzędzi komunikacji z nami, gwarantujących:

- bank wiedzy, informatory i poradniki dla Pacjenta,
- konsultacje z personelem medycznym po leczeniu,
- aktualne informacje o nowych usługach i ofertach.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

- administratorem Pana/i danych osobowych jest Roman Borchyć Klinika Implantologii i Stomatologii Estetycznej sp.j. z siedzibą w Katowicach (40-533), ul. Czajek 5a, zwana dalej Spółką,
- Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celach bezpośredniego marketingu produktów i usług Spółki i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- posiada Pan/i prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia,
- podanie Spółce danych osobowych jest dobrowolne.

.....  
Data

.....  
Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego