

DOKUMENTACJA MEDYCZNA

PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

SZANOWNI RODZICE.

DANE DZIECIA

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	- Wypermeme Ditori	OWANYMI LITERAMI	
lmię i nazwisko			
	DD/M	M / RRRR	KOBIETA / MĘŻCZYZNA
PESEL	Data urodze	nia	Płeć: niepotrzebne skreślić
Adres zamieszkania: ulica, nr do	mu/nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość / Kraj
DANE OPIEKUNA PRAWI	NEGO Prosimy o v	wypełnienie DRUKOW	/ANYMI LITERAMI
		RODZ	IC/OPIEKUN PRAWNY/KURATOR
lmię i nazwisko		Więź p	orawna: niepotrzebne skreślić
PESEL	Telefon kontakt	owy Opiekuna	E-mail Opiekuna prawnego
Adres zamieszkania: ulica, nr do	mu/nr mieszkania	—— - —— — Kod pocztowy	Miejscowość / Kraj

Obowiązek pobierania i przechowywania powyższych danych przez podmiot lecznicy 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 dentysty.



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	UPOWAZNIENIE	
WYWIAD MEDYCZNY Kiedy ostatnio Dziecko było w gabinecie stomatologicznym? To pierwsza wizyta Dziecka Bol B		
Kiedy ostatnio Dziecko było w gabinecie stomatologicznym? To pierwsza wizyta Dziecka	lmię i nazwisko osoby upoważnionej	Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej
stomatologicznym? Ocena stanu uzębienia Ból Leczenie zębów mlecznych Leczenie v narkozie Leczenie v 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 Tak Nie było wykonywane? Kiedy? 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 Tak Nie rehabilitacji? Z jakiego powodu?	WYWIAD MEDYCZNY	
ANKIETA MEDYCZNA cz. I Czy Dziecko posiada aktualne badanie poziomu witaminy D? Czy kiedykolwiek	stomatologicznym? To pierwsza wizyta Dziecka W ciągu ostatnich 6 miesięcy W ciągu ostatnich 2 lat	Ocena stanu uzębienia Ból Leczenie zębów mlecznych Leczenie w narkozie Higiena i fluoryzacja Wizyta kontrolna
Czy Dziecko posiada aktualne badanie poziomu witaminy D? Czy kiedykolwiek	Jakie są oczekiwania związane z leczeniem stor	matologicznym Dziecka?
było wykonywane? Kiedy? 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?	ANKIETA MEDYCZNA cz. I	
Czy Dziecko posiada aktualne wyniki badań krwi (morfologia oraz CRP)? Czy Dziecko jest aktualnie pod opieką fizjoterapeuty lub jest w trakcie rehabilitacji? Z jakiego powodu?		
Czy Dziecko jest aktualnie pod opieką fizjoterapeuty lub jest w trakcie Tak Nie rehabilitacji? Z jakiego powodu?	Czy u Dziecka występują krwawienia dziąseł lu	b stany zapalne w jamie ustnej?
rehabilitacji? Z jakiego powodu?	Czy Dziecko posiada aktualne wyniki badań krv	vi (morfologia oraz CRP)?
Czy Dziecko posiada aktualne zdjęcie RTG uzębienia lub TK (tomografię komputerową)?		
	Czy Dziecko posiada aktualne zdjęcie RTG uzębienia	lub TK (tomografię komputerową)? 🔲 Tak 🔲 Nie

Jak	
12/10	
60	
4000	

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.

Data	Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna	Podpis Rodzica/O	niekuna
mojej sytuac zobowiązuję potwierdzam mojego Dzie	, że informacje podane powyżej są zgodne ze ji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpły się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi. Wiarygo n własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę cka dla potrzeb mojego leczenia stomatologic coringu wizyjnym na terenie Kliniki.	w na przebieg leczenia s odność informacji podan na przetwarzanie danyc	stomatologicz ych w formula h osobowych
Czy Dziecko i nazw leku/	przyjmuje leki regularnie? Jeśli tak, prosimy leków:	o podanie schorzenia	☐ Tak
·	ne schorzenia? Jakie?		Tak
Choroby ocz	zu (m.in. jaskra, zaćma)?		Tak
Skłonności c	ło krwawień (skazy krwotoczne)?		Tak
Choroby zak	aźne (m.in. wirusowe zapalenie wątroby, g	ruźlicę, AIDS)?	Tak
Choroby tar	czycy?		Tak
Cukrzycę?			Tak
Choroby wa	troby (np. żółtaczka)?		Tak
Choroby ner	ek?		Tak
Choroby reu	matyczne (bóle stawowe, mięśniowe)?		Tak
Schorzenia z	wiązane z układem krążenia (choroby serca	, nadciśnienie)?	Tak
Astmę, chor	oby płuc?		Tak
Alergie/ OCZ	ulenia (reakcje uczuleniowe np. po podaniu	lekow)?	Tak



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.



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 Iojalnościowych 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 Borczyk 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