

PACJENT: (imię i nazwisko) _____

Adres: _____

PESEL: _____ **Telefon:** _____

Wywiad ogólnomedyczny:

(„TAK”, „NIE”, „NIE WIEM” – właściwy wyraz podkreślić lub otoczyć kółkiem)

1. Czy miewa Pan(i) bóle głowy jednostronne lub obustronne TAK / NIE
2. Czy występuje duszność, zmęczenie w czasie wysiłku, spaceru, chodzenia po schodach zmuszające do przystawania, odpoczynku TAK / NIE
3. Czy choruje Pan(i) na choroby serca/naczyń krwionośnych TAK / NIE / NIE WIEM
Jakie:.....
4. Czy chorował Pan(i) na choroby zakaźne (WZW B, WZW C, AIDS, HIV, choroby weneryczne) TAK / NIE / NIE WIEM
Jakie:.....
5. Czy występują zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmierne krwawienia, hemofilia TAK / NIE / NIE WIEM
Jakie:.....
6. Czy ma Pan(i) alergię, nadwrażliwości (katar sienny, astma) TAK / NIE / NIE WIEM
7. Czy ma Pan(i) uczulenie na leki, materiały. Jakież?..... TAK / NIE
8. Czy kiedykolwiek było wykonywane znieczulenie miejscowe? TAK / NIE
9. Czy choruje Pan(i):
 - cukrzyca
 - nadciśnienie
 - wada serca (jaka:.....)
 - rozedma
 - choroby tarczycy (jakież:.....)
 - choroby wątroby, żołądka, jelit (jakież:.....)
 - padaczka, udar, nerwica, psychoza, depresja
 - gruźlica
 - choroby krwi (jakież:.....)
 - narkomania, alkoholizm
 - jaskra
 - gorączka reumatyczna
10. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki ? TAK / NIE
Jakie:.....
11. Czy leczy się Pan(i) w poradni onkologicznej? TAK / NIE
12. Czy był(a) Pan(i) poddawana zabiegom chemio lub radioterapii TAK / NIE
Jeśli TAK to kiedy:.....
13. Czy choruje Pan(i) na inne schorzenia ogólne? TAK / NIE
Jakie:.....
14. Czy jest Pani w ciąży TAK / NIE
Jeśli TAK, to który tydzień ciąży
15. Czy karmi Pani piersią ? TAK / NIE
16. Czy w ciągu ostatnich lat miał(a) Pan(i) wykonywane:
 - zabieg operacyjny (jaki:.....) TAK / NIE
 - drobny zabieg (np. Usunięcie brodawki) jaki?..... TAK / NIE
 - zabieg kosmetyczny (przekłuwanie uszu, tatuaż, depilacja) TAK / NIE
17. Czy pali Pan(i) tytoń. Ile papierosów dziennie ? TAK / NIE

Podane przez Państwa dane i wykonana dokumentacja fotograficzna objęte są tajemnicą lekarską

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja oświadczam, że upoważniam nr tel. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji.

Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej, dokumentacji radiologicznej i wykorzystywanie jej na potrzeby leczenia i prac naukowych.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i posługiwanie się moimi danymi osobowymi (nazwisko, adres, numer telefonu) na użytek związany z leczeniem mojej osoby

.....
Data i czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DO DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Praktyka lekarska pod firmą:

Gabinet Stomatologiczny Nastodent Elwira Gilewska-Szwajca

z siedzibą w Kielcach, ul. Orłąt Lwowskich 26/1 kod pocztowy 25-429

- dalej zwana „PL”.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, dalej również „RODO”), informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PL,
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
 - a) na podstawie art. 23 i następnego ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz
 - b) w celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeń zdrowotnych,
 - c) kontakt (na podany nr e-mail lub telefonicznie) z powodów organizacyjnych (zmiana terminu wizyty, informacja o przygotowaniu do świadczenia, odbiór wyników) – art. 6 ust 1 lit b oraz f RODO (prawnie uzasadniony interes administratora – zarządzanie harmonogramami)
- 3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 4) w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
 - a) na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz
 - b) w celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia,
- 5) w przypadku, o którym mowa w pkt 5, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej,
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 10) podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe,
- 11) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

.....
Data i czytelny podpis

Co należy zabrać na umówioną wizytę?

Aby przebieg wizyty w naszym gabinecie stomatologicznym był sprawny i kompletny, prosimy o zabranie ze sobą:

1. **Skierowania w wersji papierowej** – dotyczy zabiegów wykonywanych ze wskazań ortodontycznych.
2. **Dokumentacji rentgenowskiej** – zdjęcie pantomograficzne lub tomografia komputerowa (jeśli pacjent posiada), nawet w przypadku wcześniejszego przesłania plików e-mailem.
3. **Zamku otrzymanego od ortodonta** – w sytuacji planowanego zabiegu odsłonięcia zębów zatrzymanych.

Pamiętaj !

W przypadku zabiegów ekstrakcji zębów zatrzymanych , resekcji, implantacji , odsłonięcia zęba Pacjent wymaga przygotowania w postaci antybiotykoterapii. W tym celu proszę pamiętać o kontakcie telefonicznym w godzinach pracy dr E. Gilewskiej -Szwajcy(aktualne godziny przyjęć dostępny na stronie internetowej w zakładce KONTAKT) do 7 dni przed umówionym zabiegiem. Antybiotyk należy zacząć przyjmować dobę przed zabiegiem wg zaleceń.
