

ANKIETA PACJENTA PIERWSZORAZOWEGO DLA OSÓB DOROSŁYCH

Dane kontaktowe Pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Wywiad lekarski

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania

Kiedy ostatnio był Pan/i u lekarza stomatologa?

.....

Jakie zabiegi ostatnio były wykonane?

.....

.....

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

.....

.....

Jakie ma Pan/i oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym?

.....

.....

.....

Czy dotychczasowe leczenie odbywało się w znieczuleniu?

.....

Czy posiada Pan/i zdjęcie panoramiczne, jeśli tak to kiedy było wykonane?

.....

WYRAŻAM/ NIE WYRAŻAM ZGODE/Y NA WYKONYWANIE DOKUMENTACJI
RADIOLOGICZNEJ I FOTOGRAFICZNEJ PODCZAS ZABIEGÓW I PO ZABIEGACH.

.....

(podpis Pacjenta)

Ankieta zdrowia:

Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce / TAK, NIE lub NIE WIEM

Podane informacje będą objęte tajemnicą lekarską.

Czy stwierdzono u Pani/Pana następujące schorzenia :	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby serca (układ krążenia, zawał, choroby wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, wady serca, nadciśnienie)			
Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia			
Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, astma)			
Choroby reumatyczne			
Choroby okulistyczne			
Choroby nowotworowe			
Choroby nerek (stany zapalne, kamica)			
Choroby wątroby (żółtaczka, marskość)			
Przebyty udar mózgu			
Padaczka			
Osteoporoza - czy przyjmuje Pan/i leki przeciwko osteoporozie np. bifosfoniany			
AIDS			
Cukrzyca			
Alergia na środki znieczulające			
Alergia na leki			
Alergia na materiały stomatologiczne			
Inne niewymienione dotąd schorzenia.....			
Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?.....			
Czy były wykonywane zabiegi chirurgiczne w ciągu ostatnich 2 lat ?			
Czy był wykonywany lub planowany jest przeszczep narządów?			
Czy podawane były leki immunosupresyjne? (leki stosowane po przeszczepach narządów)			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy miewa Pan/i stany zapalne jamy ustnej?			
Czy występuje krwawienie dziąseł?			
Czy zaobserwował(a) Pan/i zwiększenie ruchomości zębów w ciągu ostatnich 2lat?			
Czy rodzice tracą lub utracili zęby z powodu paradontozy?			
Czy występują bóle nieznanego pochodzenia w obrębie jamy ustnej lub twarzy?			
Czy Pali Pan/i papierosy? Jeżeli tak to ile sztuk dziennie?			

- Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w Gabinet Stomatologicznym **NZOZ SZADENT** wynikającym z §1 i §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 kwietnia 2020 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U 2022 poz. 1304 z późn zm), oraz z art. 25 i 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 poz. 1545 z późn. zm.).
- W imieniu własnym wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego przez Gabinet Stomatologiczny **NZOZ SZADENT**, zgodnie z zaakceptowanym przez ze mnie planem leczenia.

4. Ja PESEL

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach i obowiązkach Pacjenta, w tym do wglądu w moją dokumentację medyczną.

Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia /] podopiecznego/ udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej upoważniam

Pana/ią.....

....., dnia

Miejscowość

.....

(czytelny podpis Pacjenta)