



ANKIETA PACJENTA PIERWSZORAZOWEGO DLA OSÓB DO 16 -EGO ROKU ŻYCIA

Dane kontaktowe Pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

Nr PESEL
PACJENTA

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

Adres zamieszkania Pacjenta :.....

Telefon kontaktowy do opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego:.....

Adres e-mail do opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego:.....

Wywiad lekarski

Kiedy ostatnio Pacjent był u lekarza stomatologa?

.....

Jakie zabiegi u Pacjenta ostatnio były wykonane?

.....

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty Pacjenta?

.....

Jakie ma Pan/i oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym u Pacjenta?

.....

Czy dotychczasowe leczenie Pacjenta odbywało się w znieczuleniu?

.....

Czy Pacjent posiada zdjęcie panoramiczne, jeśli tak to kiedy było wykonane?

.....

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWEGO

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część zgody na każde leczenie stomatologiczne, ankiety zdrowia i jedynie osoba w nim wskazana ma prawo do prawidłowego reprezentowania nieletniego.

Niniejszym oświadczam, że JESTEM :

- przedstawicielem ustawowym Pacjenta - lat, PESEL i posiadam pełną władzę rodzicielską.

- opiekunem prawnym nieletniego/całkowicie ubezwłasnowolnionego/częściowo ubezwłasnowolnionego.....lat, oraz oświadczam iż nie zostało ono zmienione ani cofnięte. W przypadku zmiany prawa do reprezentacji nieletniego natychmiast pisemnie poinformuję o tym lekarza.

.....

(podpis przedstawiciela Pacjenta/
data i miejscowość)

Ankieta zdrowia

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

Czy stwierdzono u Pacjenta 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 (żółtaczką, marskość)			
Przebyte udar mózgu			
Padaczka			
Osteoporoza - czy przyjmuje Pacjent przeciwko osteoporozie lekarstwa np. bifosfoniany			
AIDS			
Cukrzyca			
Alergia na środki znieczulające			
Alergia na lekarstwa.....			
Alergia na materiały stomatologiczne			
Inne niewymienione dotąd schorzenia w tym hipertemia złośliwa			
Czy przyjmuje Pacjent lekarstwa?.....			
Czy wykonywano u Pacjenta zabiegi chirurgiczne w ciągu ostatnich 2 lat ?			
Czy wykonywano lub planowano przeszczep narządów u Pacjenta?			
Czy podawano Pacjentowi leki immunosupresyjne? (leki stosowane po przeszczepach narządów).....			
Czy Pacjent jest w ciąży?			
Czy Pacjent miewa stany zapalne jamy ustnej?			
Czy występuje krwawienie dziąseł u Pacjenta?			
Czy zaobserwowano u Pacjenta zwiększenie ruchomości zębów w okresie ostatnich 2 lat?			
Czy rodzice Pacjenta tracą lub utracili zęby z powodu paradontozy?			
Czy występują u Pacjenta bóle nieznanego pochodzenia w obrębie jamy ustnej lub twarzy?			
Czy Pacjent palaczy? Jeżeli tak to ile sztuk dziennie?			

1. Oświadczam, że informacje dotyczące Pacjenta podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany sytuacji zdrowotnej Pacjenta, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pacjenta 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.).

3. W imieniu Pacjenta wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego przez Gabinet Stomatologiczny **NZOZ SZADENT**, zgodnie z zaakceptowanym przeze mnie planem leczenia.

4. Ja PESEL

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

....., dnia

(Miejsowość)

.....

(czytelny podpis przedstawiciela Pacjenta)