

Nr karty _____

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego – w przypadku osób nieletnich: _____

PESEL pacjenta _____ Wiek _____ Płeć K M Data urodzenia _____

Adres zamieszkania _____

Adres e-mail: _____ telefon kontaktowy: _____

WYWIAD MEDYCZNY

Prawidłową odpowiedź proszę wziąć w kółko.

Czy opiekun jest biologicznym rodzicem? Tak/ NIE

Czy pacjent choruje na którąś z poniższych chorób?:

Zaburzenia krzepliwości krwi/hemofilia TAK/ NIE

AIDS/HIV TAK/ NIE

WZW/żółtaczkę TAK/NIE

Choroby kości TAK/NIE

Astma TAK/NIE

Cukrzyca TAK/NIE

Nadczynność tarczycy TAK/NIE

Choroby Nerek TAK/ NIE

Choroby wątroby TAK/NIE

Wady serca/ zastawek sercowych TAK/NIE

Reumatoidalne zapalenie stawów TAK/NIE

Gruźlica TAK /NIE

Padaczka TAK/NIE

Choroby neurologiczne TAK/NIE

ADHD TAK/NIE

Nowotwór/Rak TAK/NIE

Alergia TAK/NIE, jakie alergeny?: lateks TAK/NIE, leki TAK/NIE jakie _____, konserwanty TAK/NIE, pokarmy TAK/ NIE

jakie _____, pyłki TAK/NIE, kurz TAK/NIE, nikiel TAK/NIE, inne metale _____

Choroby psychiczne: TAK /NIE; jeśli tak, to jakie?: _____

Inne choroby: _____

Przyjmowane leki: _____

Leczenie chemioterapią, radioterapią lub leczenie hormonalne TAK / NIE _____

Bóle głowy TAK/NIE, Bóle kręgosłupa, obręczy barkowej TAK/NIE, Operacje kręgosłupa TAK/NIE, Fizjoterapia TAK/NIE

Czy pacjent najczęściej oddycha ustami? TAK / NIE

Czy pacjent chrapie? TAK/NIE

Czy pacjent ma bezdechy nocne? TAK/NIE

Czy był/jest stwierdzony przerost migdałków gardłowych? TAK / NIE

Czy pacjent uległ w przeszłości urazowi brodki lub twarzy? TAK / NIE

Czy występują dolegliwości ze strony stawu skroniowo-żuchwowego (klikanie, ból w stawach)? TAK / NIE

Czy pacjent zaciska szczęki, zgrzyta zębami? TAK/NIE

Czy u pacjenta występuje zaleganie resztek pokarmowych między zębami? TAK/NIE

Czy u pacjenta wystąpiło złamanie lub ukruszenie zęba? TAK/NIE

Czy pacjent był w przeszłości leczony ortodontycznie? TAK/NIE jeśli tak, to kiedy?: _____

Czy pacjent był już znieczulany miejscowo? TAK / NIE

Czy pacjent jest zadowolony z dotychczasowego leczenia stomatologicznego? TAK/NIE

Czy planowana jest w najbliższym czasie diagnostyka rezonansem magnetycznym lub tomografem komputerowym? TAK/NIE

Pytania dotyczące pacjentów małoletnich:

Czy u pacjenta wystąpiła już miesiączka/mutacja TAK/NIE

Czy była lub jest prowadzona terapia logopedyczna? TAK/NIE

Czy pacjent gra na instrumencie dętym lub flecie TAK/NIE

Czy pacjent je chętnie twarde pokarmy jak marchew i jabłka TAK / NIE

Czy występują następujące nawyki:

Picie z butelki ze smoczkiem TAK/ NIE

Zagryzanie wargi TAK / NIE

Obgryzanie paznokci, długopisów TAK/NIE

Ssanie palca/smoczka TAK / NIE

Poświadczam zgodność powyższych danych z moją wiedzą.

Data i podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego) _____

Uwaga! Podczas wizyty mogą być wykonywane fotografie pacjenta, co stanowi część dokumentacji medycznej.

Upoważnienie osoby trzeciej do wglądu i otrzymania kopii dokumentacji medycznej.

Ja,, upoważniam poniżej wymienione osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych w Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej lek. dent. Katarzyny Kajki-Hawryluk.

1)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego

2)

Imię i nazwisko osoby upoważnionej, numer PESEL, numer dowodu osobistego

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.)

Upoważnienie można wycofać.

W przypadku osób poniżej 18 r.ż. lub ubezwłasnowolnionych upoważnienia udziela przedstawiciel ustawowy.

.....
Podpis upoważniającego

Zgoda na udzielanie informacji o stanie zdrowia

Ja,, **wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody** na udzielanie mi wszelkich informacji o moim (lub podopiecznego) stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach badań oraz rokowaniu.

Podstawa prawna: art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.)

Zgodę można wycofać.

W przypadku osób poniżej 16 r.ż. lub ubezwłasnowolnionych zgody udziela przedstawiciel ustawowy.

W przypadku osób między 16, 18 r.ż. wymagana jest zgoda równoległa.

.....
Data i podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)

Administratorem danych jest Katarzyna Kajka – Hawryluk - prowadząca praktykę lekarską pod adresem ul. Księcia Janusza 42 I. U3 w Warszawie. Przetwarzane są dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska, wizerunku (fotografie), danych teleadresowych, nr pesel, dane medyczne dotyczące pacjenta i ewentualnie osób spokrewnionych i opiekunów.

Pełny tekst polityki prywatności jest dostępny w gabinecie oraz na stronie internetowej www.kids-dental.waw.pl

.....
podpis pacjenta (przedstawiciela ustawowego)