

Nazwisko i imię:

Adres: (ulica, numer, kod pocztowy, miasto)

PESEL

KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY

Szanowni Państwo,

Serdecznie witamy w Centrum Stomatologii Laserowej i Protetyki EVADENT® 2 przy ul. Brynickiej 17 we Wrocławiu. Pragniemy stworzyć Państwu możliwie najlepsze warunki leczenia. Na początku zakładana jest dokumentacja lekarska, w której dla Państwa bezpieczeństwa i uniknięcia komplikacji konieczne jest zadanie pytań dotyczących stanu zdrowia. Schorzenia ogólne mogą mieć wpływ zarówno na wybór odpowiedniej terapii, jak i efekty w leczeniu schorzeń stomatologicznych. Prosimy o pełną i dokładną odpowiedź.

Podane przez Państwa informacje objęte są tajemnicą lekarską. Dane będą przechowywane i zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych oraz wykorzystywane wyłącznie w celach leczniczych.

Czy cierpi Pan/Pani na wymienione poniżej dolegliwości?	TAK	NIE	NIE WIEM
1. Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, środki znieczulające? Jakiej?			
2. Czy aktualnie leczy się Pan/Pani na coś? Jeżeli tak, to na co?			
3. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Jakiej?			
4. Czy skarży się Pan/Pani na dolegliwości ze strony serca (np. zawał, choroba wieńcowa, wada serca itp.)? Jakiej?			
5. Czy skarży się Pan/Pani na dolegliwości ze strony układu krwionośnego (np. Nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)? Jakiej?			
6. Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca?			
7. Czy ma Pan/Pani skłonności do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużonego krwawienia po usunięciu zęba?			
8. Czy skarży się Pan/Pani na dolegliwości ze strony wątroby, nerek, żołądka, jelit? Jakiej?			
9. Czy skarży się Pan/Pani na dolegliwości ze strony tarczycy (np. niedoczynność, nadczynność)? Jakiej?			
10. Czy jest Pan/Pani chora na cukrzyce?			
11. Czy cierpi Pan/Pani na choroby zakaźne (np. żółtaczka zakaźna typu A,B,C, opryszczka, HIV/AIDS, gruźlica)? Jakiej?			
12. Czy przechodził/a Pan/Pani napady epilepsji?			
13. Czy był/a Pan/Pani leczony/a operacyjnie? Z jakiego powodu?..... Kiedy?.....			
14. Czy cierpi Pan/Pani na choroby nowotworowe? Jakiej?			

.....			
15. Czy był Pan/Pani poddana radioterapii, chemioterapii?			
16. Inne uwagi dotyczące stanu ogólnego:			
17. Czy pali Pan/Pani tytoń?			
18. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi medyczne, kosmetyczne ingerujące w tkankę skórną (np. zastrzyki, pobieranie krwi, makijaż permanentny, tatuaż)?			
19. Czy jest Pani w ciąży? Który tydzień?			
20. Kiedy był Pan/Pani ostatni raz na wizycie w gabinecie stomatologicznym?			
21. Czy w przeszłości miał/a Pan/Pani uraz/y szczęk?			
22. Czy zgrzyta lub zaciska Pan/Pani zęby?			
23. Czy krwawią Panu/Pani dżiąsła przy myciu zębów?			
24. Czy miał Pan/Pani zęby leczone kanałowo (endodontycznie)? Czy podczas leczenia wystąpiły jakieś problemy?			
25. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z koloru swoich zębów?			
26. Skąd Pan/Pani uzyskał/a informację o naszej Klinice?			

Ze względu na przepisy dotyczące badań radiologicznych, prosimy o bezzwłoczne powiadomienie naszego personelu, jeżeli w czasie leczenia zaszła Pani w ciążę.

Niniejszym oświadczam, że udzieliłem (am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. O wszelkich zmianach zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu, wypełniając nowy kwestionariusz zdrowotny.

.....
podpis

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Ja (imię i nazwisko) PESEL.....

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest:

1. imię i nazwisko osoby upoważnionej.....
2. adres zamieszkania
3. telefon kontaktowy

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE PACJENTA
o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej □

Ja (imię i nazwisko) PESEL
oświadczam, że zostałem zapoznany z uprawnieniami wynikającymi z art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. , Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) i oświadczam co następuje:

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania dokumentacji medycznej stosownie do treści art. 26 ust.1 i 2 ww. ustawy.

Osobą upoważnioną do uzyskiwania dokumentacji medycznej, stosownie do treści art. 26 ust.1 i 2 ww. ustawy jest:

1. imię i nazwisko osoby upoważnionej.....
2. adres zamieszkania
3. telefon kontaktowy

Ponadto oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

.....
(data i podpis)

Oświadczam, że zapoznałem (am) się z obowiązującym cennikiem oraz zasadami udzielania gwarancji.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w Centrum Stomatologii Laserowej i Protetyki EVADENT 2.

Zgoda obejmuje wykonanie zabiegów w obrębie jamy ustnej zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innym wykwalifikowanym personelem medycznym (np. leczenie kanałowe, zachowawcze, chirurgiczne, protetyczne, znieczulenia, wykonanie zdjęć RTG).

Wyrażona przeze mnie zgoda może być w każdej chwili odwołana w formie pisemnej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb gabinetu zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych, Dz. Ust. Nr 133 poz. 883.

Wrocław, dnia

.....

podpis