

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

PESEL pacjenta: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

 **1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

 **1.2** Nie upoważniam żadnych osób do otrzymania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach

 **2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

 **2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia

 **3.** Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta

**4.** Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na adres mailowy:.....

**5.** Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z leczeniem w ART DENTAL.

Nr telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_

### Niniejsze oświadczenie obowiązuje do odwołania / zmiany.

Data złożenia oświadczenia: Piaseczno, dn.....

Podpis pacjenta:.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „ART DENTAL – I. WOJTWOWICZ I M. WOJTWOWICZ SPÓŁKA JAWNA, z siedzibą w 05-500 PIASECZNO, UL. AGATOWA 6, reprezentowana przez dr Iwonę Wojtowicz.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji stomatologicznych świadczeń medycznych w NZOZ ART DENTAL UL. ŁABĘDZIA 37/2, 05-500 PIASECZNO, na podstawie art. 6 punkt 1d oraz art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano ostatnie świadczenie medyczne na rzecz Pani/Pana.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych.

Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem realizacji na rzecz Pani/Pana stomatologicznych świadczeń medycznych.

Pani/Pana dane będą przetwarzane w systemach informatycznych służących obsłudze pacjentów ART DENTAL.

Państwa dane osobowe mogą być powierzane, na podstawie stosownych umów, podwykonawcom świadczeń ART DENTAL.

Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w ART DENTAL jest Monika Wojtal, Tel. +48505723363,

## Wywiad medyczny :

Czy miewa Pani / Pan bóle głowy? <i>obustronne, jednostronne, napięciowe, migrenowe</i>	TAK	NIE
Czy jest Pani / Pan na coś uczulona? Proszę podać alergen .....	TAK	NIE
Czy jest / była Pani / był Pan pod opieką specjalisty ( jakiego ) ?.....	TAK	NIE
.....		
Czy przyjmuje Pani / Pan jakieś leki ( jeżeli tak to jakie)? .....	TAK	NIE
.....		
Czy miała Pani / miał Pan lub obecnie przechodzi któreś z niżej wymienionych schorzeń? : CUKRZYCA, JASKRA, ASTMA, CHOROBA NOWOTWOROWA, PADACZKA, BULIMIA, ANOREKSJA, NIKOTYZM, AIDS,GRUŹLICA, OPRYSZCZKA, CHOROBY WENERYCZNE, ŻÓŁTACZKA typu .....		
Grupa krwi .....		
Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy przyjmuje Pani leki hormonalne?	TAK	NIE
Czy zdarzyły się Pani / Panu niepożądane reakcje po znieczuleniu? (jakie?)	TAK	NIE
Czy czuje Pani / Pan, że coś należy zmienić w wyglądzie Pani /Pan zębów ?	TAK	NIE
Czy czuje Pani /Pan skrzepowanie z powodu stanu swoich zębów?	TAK	NIE
Czy Pani / Pana zęby ulegają stłoczeniu bądź powstają szpary pomiędzy nimi?	TAK	NIE
Czy Pani / Pana zęby były kiedykolwiek wybielane?	TAK	NIE
Czy była iniekcja z BOTOXU?	TAK	NIE
Czy leczono Panią / Pana ortodontycznie (aparat) albo wykonano korektę zgryzu?	TAK	NIE
Czy miała Pani / miał Pan kiedykolwiek usuwane zęby ?	TAK	NIE
Czy ma Pani / Pan problemy ze stawami skroniowo – żuchwowymi : <i>ból, dźwięki, blokowanie, przeskakiwanie ?</i>	TAK	NIE
Czy miała Pani / miał Pan kiedykolwiek zwichnięcie żuchwy ?	TAK	NIE
Czy Pani / Pana zęby są nadwrażliwe na : gorące, zimne, słodkie pokarmy / napoje lub nagryzanie?	TAK	NIE
Czy zdarzył się Pani / Panu: <i>ból zęba, wykruszanie wypełnienia, złamanie , pęknięcie lub wykruszanie zęba ?</i>	TAK	NIE
Czy żuje Pani / Pan gumę, obgryza paznokcie, trzyma przedmioty w zębach ?	TAK	NIE
Czy zaciska Pani zęby w ciągu dnia lub wywołuje ich ból ?	TAK	NIE
Czy budzi się Pani / Pan z napiętymi mięśniami twarzy lub ściśniętymi zębami ?	TAK	NIE
Czy używa pani /Pan lub kiedykolwiek używała/używał szynę nagryzową (ochronną) ?	TAK	NIE
Czy Pani /Pana zęby zaczynają być ruchome?	TAK	NIE
Czy zdarza się Pani /Panu, że dziąsła krwawią przy szczotkowaniu, nitkowaniu, jedzeniu?	TAK	NIE
Czy zdarza się Pani / Panu wyczuć u siebie przykry zapach z ust?	TAK	NIE

Oświadczam, że podane powyżej pytania są dla mnie zrozumiałe, a udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

Zapoznałem się i akceptuję regulamin wizyt w placówce Art Dental w tym opłaty za nieodwołanie terminu wizyty w wysokości **200zł**

Piaseczno, dn.....

POSPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO