

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Adres:

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:

Stopień pokrewieństwa: - Matka - Ojciec - opiekun prawny

- 1.1.** Upoważniam następujące osoby do otrzymania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielanych mu świadczeniach:

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

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

- 2.1** Upoważniam następujące osoby do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

- 2.2** Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego dziecka

- 3.1** Upoważniam poniższe osoby do odbywania wizyt z moim dzieckiem w ART DENTAL oraz podejmowania decyzji dotyczących leczenia mojego dziecka

L.P.	Osoba upoważniona	Adres

- 3.2** Nie upoważniam nikogo do odbywania wizyt z moim dzieckiem w ART DENTAL oraz podejmowania decyzji dotyczących leczenia mojego dziecka

- 4.** Zostałem poinformowany o możliwości zapoznania się z Prawami Pacjenta

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

6. 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 Państwa danych osobowych jest „ART DENTAL – I. WOJTOWICZ I M. WOJTOWICZ SPÓŁKA JAWNA, z siedzibą w 05-500 PIASECZNO, UL. AGATOWA 6, reprezentowana przez dr Iwonę Wojtowicz.

Państwa dane osobowe przetwarzane będą do realizacji stomatologicznych świadczeń medycznych na rzecz Państwa dziecka 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.

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

Posiadacie Państwo prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Państwa danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych.

Posiadacie Państwo prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uznacie Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest warunkiem realizacji stomatologicznych świadczeń medycznych na rzecz Państwa dziecka.

Dane Państwa dziecka mogą być powierzone, na podstawie stosownych umów, podwykonawcom świadczeń ART DENTAL.

Państwa dane będą przetwarzane w systemach informatycznych służących obsłudze pacjentów 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, NIKOTYNIZM, 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 – zuchwowymi : <i>ból, dźwięki, blokowanie, przeskakiwanie ?</i>	TAK	NIE
Czy miała Pani / miał Pan kiedykolwiek zwichnięcie zuchwy ?	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