

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

1	nazwisko i imię (imiona)	
2	data urodzenia	
3	oznaczenie płci	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	adres miejsca zamieszkania
5	numer PESEL (w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)
6	nazwisko i imię (imiona) przedstawicieli ustawowych, data urodzenia oraz nr telefonu (dotyczy małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody)
7	opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych	
<p><i>Podanie powyższych danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowej realizacji świadczonych usług zdrowotnych. W przypadku odmowy udostępnienia danych, realizacja celu w postaci udzielenia świadczenia zdrowotnego nie będzie możliwa.</i></p>		
8	nr telefonu	
9	adres e-mail	

Podanie danych zawartych w punktach 8-9 jest dobrowolne, służy celom informacyjnym. W przypadku odmowy wyrażenia zgody na przetwarzanie danych w tym zakresie nie będzie możliwe wykonanie czynności informacyjnych, w szczególności takich jak: informowanie pacjenta o nadchodzących terminach wizyt, ich zmianach, planowanych terminach kontroli.

Dotyczy dziecka:

**FORMULARZ ZGODY RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA NA PRZETWARZANIE
DANYCH OSOBOWYCH**

przez Administratora Danych Osobowych

NZOZ Centrum Stomatologii LARDENT Małgorzata Bartoszcze-Tomaszewska

Ja niżej podpisana(-ny) działając jako

rodzic / opiekun prawny dziecka (imię i nazwisko dziecka)

(PESEL dziecka).....:

a) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka (imię, nazwisko, adres, nr telefonu, adres elektroniczny) w celach informacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Centrum Stomatologii LARDENT.

.....

(data)

.....

(podpis)

b) Wyrażam zgodę na przesyłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej (poczty elektronicznej i/lub telefonu, w tym sms) informacji o planowanych wizytach lekarskich, badaniach i zabiegach.

.....

(data)

.....

(podpis)

c) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu obejmujących imię, nazwisko, datę urodzenia, telefon oraz adres elektroniczny w celach marketingowych oraz oferowania i sprzedaży usług i produktów przez Centrum Stomatologii LARDENT.

.....

(data)

.....

(podpis)

d) Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

.....

(data)

.....

(podpis)

Uwaga: *Opiekun prawny osoby, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.*

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

..... PESEL

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

Imię i nazwisko pacjenta

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo? TAK NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyło się? TAK NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się na coś leczy? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwie) TAK NIE

Jeśli tak to jakie:

Czy jest na coś uczulone? TAK NIE

Jeśli tak to na co:

Czy występują u dziecka:

duszność TAK NIE

obrzęki TAK NIE

pokrzywka TAK NIE

swędzenie TAK NIE

Czy ma skłonność do krwawień? TAK NIE

Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK NIE

Czy dziecko chrapie? TAK NIE

Czy pojawia się bezdech nocny? TAK NIE

Czy dziecko choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób?

choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, inne) TAK NIE

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK NIE

choroby naczyń krwionośnych (naczyniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn) TAK NIE

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK NIE

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK NIE

choroby wątroby (żółtaczką, inne) TAK NIE

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK NIE

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK NIE

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK NIE

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK NIE

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK NIE

choroby oczu (jaskra) TAK NIE

zmiany nastroju (depresja, nerwica) TAK NIE

choroby zakaźne TAK NIE

żółtaczką zakaźną A TAK NIE

żółtaczką zakaźną C TAK NIE

żółtaczką zakaźną B TAK NIE

gruźlica TAK NIE

choroba reumatyczna TAK NIE

inne dolegliwości jakie?

.....

.....

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy było już kiedyś operowane? TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniosło znieczulenie? TAK NIE

Czy miało przetaczaną krew TAK NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy zażywa środki uspakajające, nasenne? TAK NIE

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, nr PESEL

Imię i nazwisko

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

będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:

..... nr PESEL

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

oświadczam, że:

- 1) do otrzymywania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych upoważniam:
Pana/Panią, data urodzenia, nr tel.
- 2) do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam:
Pana/Panią, data urodzenia, nr tel.
- 3) nie wyrażam zgody na udzielanie komukolwiek informacji o stanie zdrowia dziecka oraz udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych
- 4) nie wyrażam zgody na udostępnianie komukolwiek dokumentacji medycznej dziecka.

.....
data

.....
podpis opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić