KARTA PACJENTA

ciocia DENTYSTKA

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Dane Pacjenta

Imię i nazwisko_____

PESEL _____ Data urodzenia _____ wiek _____

Adres zamieszkania_____

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miasto)

Dane opiekunów ustawowych

Opiekun 1. Imię i nazwisko_____

PESEL _____ Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

Opiekun 2. Imię i nazwisko_____

PESEL _____ nr telefonu _____

CZY OBECNY NA WIZYCIE OPIEKUN JEST RODZICEM BIOLOGICZNYM?* **TAK/NIE**

Upoważniam Panią/Pana.....

do uzyskania informacji (kopii dokumentacji medycznej) o stanie zdrowia pacjenta

nie upoważniam nikogo*

*zaznacz właściwe .....

czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna

Wyrażam zgodę na wykonanie badań, dokumentacji fotograficznej, radiologicznej oraz skanów cyfrowych przez lekarza prowadzącego.

.....

czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna

Po zapoznaniu się z niżej zamieszczoną informacją administratora, wyrażam zgodę w trybie art. 6 ust. 1 lit. a[2] oraz art. 9 ust. 2 lit. a[3] RODO[1] na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszej dokumentacji oraz przesyłanie, przetwarzanie, archiwizację (dysk sieciowy, chmura-Dropbox, dysk Google, portal Znany Lekarz) moich zdjęć rentgenowskich, zdjęć fotograficznych, skanów cyfrowych, dokumentacji medycznej do innych placówek medycznych w wersji papierowej i/lub elektronicznej.

.....

czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2020, poz. 344), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres e- mail, nr telefonu) w formie elektronicznej w celu bieżącej korespondencji (np. informowania o zaplanowanych wizytach) oraz kontakt przez portal Znany Lekarz.

.....

czytelny podpis pacjenta i/lub opiekuna

INFORMACJA ADMINISTRATORA

13

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. ust. 1 i 2 RODO[1] informuje, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Agata Grochowska prowadząca działalność pod nazwą Ciocia Dentystka Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Smyczkowej 4/ U1 20-844 w Lublinie, kontakt tel.: 506 736 409, email: ciociadentystka@gmail.com

2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest Agata Grochowska tel. 506736409

3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w trybie art. 6 ust. 1 lit. a[2] oraz art. 9 ust. 2 lit. a[3] RODO w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2022, poz. 1876)

4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania wybranych przez Pana/ Panią świadczeń medycznych w ramach działalności administratora.

5. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO wyłącznie w granicach i przepisach prawa np. z którymi administrator podpisał umowy przetwarzania danych w imieniu administratora.

6. Dane osobowe mogą być przekazywane uprawnionym organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub w związku z prowadzonym postępowaniem.

7. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 6 Jutrzenki 10/34A 20-538 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849) i prawa o archiwizacji.

8. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Administratora, w tym profilowaniu.

9. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

10. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

11. Cofnięcie zgody będzie miało konsekwencje braku możliwości korzystania z wybranych przez Pana/ Panią świadczeń medycznych w ramach działalności administratora.

12. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania (jeśli nie jest ograniczone spełnieniem przepisu prawa).

13. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w trybie art. 77 RODO (...każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, (...) jeżeli sądzi, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczące narusza niniejsze rozporządzenie) - Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00,

www.uodo.gov.pl

.....

Data i podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

---

[1] RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r.

[2] zgoda osoby, której dane dotyczą – dane osobowe zwykłe

[3] zgoda osoby, której dane dotyczą – dane osobowe szczególnie/ wrażliwe

WYWIAD MEDYCZNY

Czy pacjent choruje lub chorował w przeszłości na którąś z poniższych chorób lub zmaga się z którymś z niżej wymienionych zaburzeń rozwojowych?

zaznacz prawidłową odpowiedź

1. Alergie (np. lateks, nikiel, białko mleka krowiego, inne pokarmy, trawy, pyłki) tak (jakie alergeny?)/nie.....
2. Astma tak / nie .....
3. Cukrzyca tak / nie .....
4. Choroby nerek tak / nie .....
5. Choroby serca tak / nie .....
6. Choroby układu krzepnięcia tak / nie .....
7. Choroby neurologiczne tak / nie .....
8. Choroby wątroby tak / nie .....
9. Choroby kości tak / nie .....
10. Choroby tarczycy tak / nie .....
11. Choroby psychiczne tak / nie .....
12. Gruźlica tak / nie .....
13. HIV/AIDS tak / nie .....
14. Nowotwór/rak tak / nie .....
15. Padaczka tak / nie .....
16. Reumatoidalne zapalenie stawów tak / nie .....
17. WZW / żółtaczka tak / nie .....
18. Depresja tak / nie .....
19. Bóle głowy tak / nie .....
20. ADHD tak / nie .....
21. Zaburzenia ze spektrum autyzmu tak / nie .....
22. Inne tak / nie .....

Czy pacjent przyjmuje na stałe leki? tak / nie

jakie?.....

Oświadczam, że żadnych informacji nie zataiłem/-am i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą. Niezwłocznie poinformuję o zmianach stanu zdrowia.

....

Data i podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego

WYWIAD LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY

zaznacz prawidłową odpowiedź

1. Poród	naturalny / cesarskie cięcie.....
	przedwczesny / o czasie.....
2. Karmienie piersią	tak (jak długo?) / nie .....
4. Karmienie butelką	tak (jak długo?) / nie .....
5. Problemy z karmieniem piersią	tak (przyczyna?) / nie.....
6. Rozszerzanie diety	od kiedy?.....
	metodą tradycyjną (papki) (do kiedy?)/BLW.....
7. Gryzienie twardych pokarmów	od kiedy?.....
	chętnie / niechętnie gryzie twarde pokarmy.....
8. Wyrzynanie zębów mlecznych	przed 6 m.ż. / 6-8 m.ż. / 8-12 m.ż. /po 12 m.ż. / nie pamiętam.....
9. Ssanie kciuka	tak (jak długo?) / nie .....
10. Ssanie smoczka	tak (jak długo?) / nie .....
11. Wędzidełko języka	prawidłowe/podcinane(kiedy?) / nie wiem.....
12. Oddychanie przez usta w dzień	tak / nie / nie wiem.....
13. Oddychanie przez usta w nocy	tak /nie / nie wiem.....
14. Chrapanie podczas snu	tak / nie / nie wiem .....
15. Bezdechy nocne	tak / nie / nie wiem .....
16. Zaciskanie zębów/zgrzytanie	tak / nie / nie wiem.....
17. Przygryzanie długopisu lub	tak / nie / nie wiem.....
wargi, policzków?	.....
18. Migdały usunięte:	tak (kiedy?) / nie / nie wiem.....
19. Czas spędzony przy laptopie/ PC/komórce/tablecie:	0h / 2h / 2-4h / 4-6h / 6-8h / 10h na dobę
20. Czy pacjent był/jest pod kontrolą fizjoterapeuty?	tak(przyczyna?)/nie/nie wiem.....
.....	
21. Czy była/jest prowadzona terapia logopedyczna?	tak (przyczyna?)/nie/nie wiem.....
.....	
22. Czy pacjent gra na instrumencie dętym?	tak/nie/nie wiem.....
23. Uraz zębów mlecznych / stałych	tak (kiedy?)/nie/nie pamiętam.....
.....	
24. Uraz głowy / szczęk /wypadek samochodowy?	tak (kiedy?)/ nie /nie pamiętam.....
.....	
25. Czy pacjent był w przeszłości leczony ortodontycznie?	tak/nie/nie wiem.....
26. Czy pacjent był już znieczulany miejscowo?	tak/nie/nie wiem.....

27. Czy pacjent jest zadowolony z dotychczasowego leczenia stomatologicznego?

tak/nie/nie dotyczy.....

28. Czy pacjent ma trudne doświadczenia z poprzedniego leczenia?

tak/nie/nie wiem.....

29. Czy pacjent boi się leczenia stomatologicznego? tak/nie/nie wiem.....

Jeśli tak to określ poziom lęku w skali od 1 do 10 .....

Oświadczam, że żadnych informacji nie zataiłem/-am i wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą. Niezwłocznie poinformuję o zmianach stanu zdrowia.

.....

Data i podpis pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego