

## Ankieta stomatologiczna dziecka

Nazwisko i imię dziecka : .....

PESEL : .....

Data urodzenia : .....

Adres zamieszkania:.....

E-mail:.....

1.Przy dziecko boi się leczenia stomatologicznego ? Proszę określić w skali 1-10 .....

2.Czy obecnie odczuwa ból i dyskomfort? Tak/Nie .....

3.Czy dziecko przechodziło poważne choroby? Tak(jakie?) /Nie .....

4. Czy dziecko było hospitalizowane? Tak/Nie .....

5. Czy dziecko kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo? Tak/Nie.....

6. Czy dziecko miało poważne urazy? Tak (jakie?)/Nie .....

7. Czy dziecko objęte jest stałą lekarską opieką specjalistyczną z powodu choroby przewlekłej (np.alergologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, cukrzyca, padaczka itp.)?

Tak ( jakiej/ z jakiego powodu?)/ Nie .....

8. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? Tak (jakie?)/ Nie .....

9.Czy dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek leki? Tak (jakie?)/ Nie .....

10. Czy u dziecka występuje przedłużone krwawienie po skaleczeniach/zabiegach u dentysty?

Tak/Nie.....

11. Czy u dziecka występuje skłonność do powstawania siniaków po urazach? Tak/Nie.....

12. Czy dziecko było wcześniej objęte leczenie stomatologicznym? Tak/Nie.....

13. Czy dziecko ma wcześniejsze, przykre doświadczenia związane z wizytą u stomatologa?

Tak/Nie.....

12. Czy dziecko jest objęte leczeniem ortodontycznym? Tak/Nie .....

.....  
data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego

## ZGODA NA LECZENIE DZIECKA

### Oświadczenie Rodziców

Imię I Nazwisko dziecka : .....

Pesel : .....

- Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne u mojego dziecka z zastosowaniem znieczulenia miejscowego według wskazań lekarza.
- Oświadczam, że nie będę wnosił(-ła) roszczeń dotyczących leczenia w przypadku braku podpisu drugiego z rodziców (opiekuna prawnego)

.....

data

.....

czytelny podpis



.....  
miejsowość, data

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym/przedstawicielem ustawowym małoletniego

.....  
(imię, nazwisko oraz numer PESEL małoletniego)

.....  
czytelny podpis

.....  
numer PESEL  
opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego



Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Świadczeniodawca, u którego dokonywana jest rezerwacja terminu. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją rezerwacji terminu wizyty. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest zarządzanie usługami opieki zdrowotnej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO). Dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny dla realizacji celu, o którym mowa powyżej, o ile wcześniej nie zostanie przez Panią/Pana zgłoszony skuteczny sprzeciw. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu dokonania rezerwacji terminu wizyty. W zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do Pani/Pana danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W pozostałym zakresie, obowiązek informacyjny określony w art. 13 RODO będzie spełniany przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem innych kanałów komunikacyjnych, w tym poprzez korespondencję e-mail oraz jego stronę [www.periocare.pl](http://www.periocare.pl).

.....  
Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego

[www.periocare.pl](http://www.periocare.pl)

Specjalistyczne Centrum Stomatologiczne  
II. Poznańska 8/1u, 30-012 Kraków

rejestracja telefoniczna: (+48) 696 552 638; 12 445 66 56  
mail: [rejestracja@periocare.pl](mailto:rejestracja@periocare.pl)