

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Data urodzenia :

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy i adres e-mail:.....

1.Czy 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 jakiekolwiek leki? Tak (jakie?)/ Nie

10.Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? Tak/Nie.....

11.Czy dziecko było szczepione przeciwko WZW typu B? Tak/Nie.....

12.Czy u dziecka występuje przedłużone krwawienie po skaleczeniach/zabiegach u dentysty?
Tak/Nie.....

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

14.Czy dziecko było wcześniej objęte leczeniem stomatologicznym? Tak/Nie.....

15.Czy dziecko ma wcześniejsze, przykre doświadczenia związane z wizytą u stomatologa?
Tak/Nie.....

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

.....
data i podpis rodzica

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Nazwisko i imię:

PESEL / numer paszportu:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Nazwisko i imię:

PESEL / numer paszportu:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

ZGODA NA BADANIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA

Nazwisko i imię dziecka :

☐ Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne u mojego dziecka.

☐ Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na zabiegi profilaktyczne u mojego dziecka - mechaniczne oczyszczenie zębów oraz zastosowaniu preparatów remineralizujących na bazie fluoru lub hydroksyapatytu wapnia wzmacniających szkliwo i zapobiegających rozwojowi próchnicy.

☐ Oświadczam, że nie będę wnosił(-ła) roszczeń dotyczących leczenia w przypadku braku podpisu drugiego z rodziców.

.....

data i podpis rodzica

DANE OSOBOWE , TWOJE PRAWO DO DOKUMENTACJI

W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego ws Ochrony Danych Osobowych (RODO) uprzejmie informuję, że Twoje dane są przetwarzane w Hi5 Dental Centrum Stomatologii Dziecięcej **na zasadach opisanych w tym Rozporządzeniu** (art.9 ust.2 lit. h RODO). Działalność lecznicza lekarzy związana jest z obowiązkiem prowadzenia dokumentacji medycznej. Wyrażając zgodę na diagnostykę czy leczenie (ustnie czy pisemnie) wyrażasz również zgodę na przetwarzanie przez Hi5 Dental Twoich danych osobowych potrzebnych do realizacji tego świadczenia. Żadna dodatkowa zgoda nie jest wymagana. Ze względu na fakt, że (zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) dokumentacja przechowywana jest przez okres 20 lat od ostatniej wizyty, przewidziane w przepisach o ochronie danych osobowych „prawo do zapomnienia” może zostać zrealizowane dopiero po upływie tego okresu. Każdy Pacjent ma prawo do złożenia wniosku o udostępnienie danych osobowych oraz dokumentacji medycznej. Może również w drodze odrębnego wniosku upoważnić (aż do odwołania) inną bliską osobę zarówno do dowiadywania się o stanie jego zdrowia, jak i do składania wniosków o udostępnienie dokumentacji. Pierwsza kopia dokumentacji udostępniana jest nieodpłatnie. Egzemplarze stosownych wniosków zostaną wręczone na życzenie w Gabinecie. W zakres danych osobowych niezbędnych do udzielenia świadczenia wchodzi: imię, nazwisko, oznaczenie płci, PESEL, adres i – w przypadku osób niezdolnych do wyrażenia zgody – dane opiekuna ustawowego. Będąc poproszonym o podanie numeru telefonu, czy adresu poczty elektronicznej i podając te dane ułatwiasz nam kontakt ze sobą i upoważniasz Hi5 Dental do wykorzystania tych środków komunikacji w celu: dowiedzenia się o stan zdrowia po zabiegu, przypomnienia o wizycie, odwołania wizyty, przypomnienia o badaniu okresowym (jeśli jego konieczność uzasadniona jest charakterem dolegliwości) i taki kontakt z Tobą nie jest w świetle prawa traktowany jako marketing usług i nie jest na to wymagana zgoda pacjenta. Pamiętaj jednak, że możesz w każdej chwili poprosić o usunięcie lub sprostowanie tych danych. „Odbiorcami” Twoich danych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa (np. ZUS, NFZ, sądy) lub osoby, które sam upoważniasz. Jeśli uznasz, że działania Praktyki naruszają zasady ochrony danych osobowych możesz zwrócić się do **Administratora danych** w Hi5 Dental: **Administrator – Swietłana Kozaczuk 514 514 594** lub do **Urzędu Ochrony Danych Osobowych**: Warszawa, ul. Stawki 2, **tel. 606 950 000**.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że: *(zaznaczyć właściwe pole)*

☐ upoważniam *(imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia)* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Dane kontaktowe tej osoby (adres, numer telefonu, e-mail itp.):
.....

☐ nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie