

Stomatologia Kondzielnik  
 ul. Jana Kochanowskiego 1A 43-200 Pszczyna  
 REGON: 24181696000020  
 NIP 6381068505

.....  
 Miejscowość, data

### INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

**Imię, nazwisko:** ..... **PESEL:**.....

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o bezpieczeństwo młodego Pacjenta. Prosimy o udzielanie precyzyjnych i zgodnych ze stanem faktycznym odpowiedzi na poniższe pytania. Wywiad lekarski w formie ankietowej pozwoli na rzetelne i szybkie pozyskiwanie informacji dotyczących stanu zdrowia Pacjenta niepełnoletniego i pozwoli wdrożyć dalsze procedury diagnostyczno-lecznicze w taki sposób, by zapewnić Pacjentowi nie tylko skuteczną, ale i bezpieczną terapię. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Prosimy o zakreślenie odpowiedniej odpowiedzi TAK, NIE lub NIE WIEM.

<b>Czy dziecko jest ogólnie zdrowe?</b>		TAK	NIE		
<b>Czy aktualnie się na coś leczy?</b>		TAK	NIE		
Jeśli TAK, to na co:.....					
<b>Czy przyjmuje jakieś leki?</b> (Zwłaszcza aspirynę, sterydy, leki uspakajające/ przeciwlękowe/ psychotropowe, antybiotyki, leki antyalergiczne, insulinę lub inne leki przeciwcukrzycowe.)		TAK	NIE		
Jeśli TAK, to jakie:.....					
<b>Czy jest na coś uczulone?</b> (Zwłaszcza na penicyliny lub inne antybiotyki, sulfonamidy, aspirynę - kwas acetylosalicylowy i jego pochodne, leki przeciwbólowe, środki znieczulające miejscowo, jodynę.)		TAK	NIE	NIE WIEM	
Jeśli TAK, to na co: .....					
<b>Czy występują u dziecka:</b>					
- duszność	TAK	NIE	- pokrzywka	TAK	NIE
- obrzęki	TAK	NIE	- swędzenie	TAK	NIE
<b>Czy ma skłonność do krwawień?</b>		TAK	NIE		
<b>Czy miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?</b>		TAK	NIE		
<b>Czy jest w trakcie lub po chemioterapii i/lub radioterapii?</b>		TAK	NIE		

**Czy choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób:**

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

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

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

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

- choroba nowotworowa TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK to kiedy oraz jaki typ nowotworu: .....

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

- choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby, inne) TAK NIE NIE WIEM

- zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, inne) TAK NIE NIE WIEM

- choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, inne) TAK NIE NIE WIEM

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

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

- choroby oczu (jaskra, inne) TAK NIE NIE WIEM

- zmiany nastroju (depresja, nerwica, inne) TAK NIE NIE WIEM

- choroby zakaźne:

- żółtaczką zakaźną A (WZW A) TAK NIE NIE WIEM

- żółtaczką zakaźną B (WZW B) TAK NIE NIE WIEM

- żółtaczką zakaźną C (WZW C) TAK NIE NIE WIEM

- gruźlica TAK NIE NIE WIEM

- inne dolegliwości, proszę napisać jakie? .....

**Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi?**.....

**Czy dobrze zniosło znieczulenie ogólne?** TAK NIE NIE WIEM

**Czy dobrze zniosło znieczulenie miejscowe?** TAK NIE NIE WIEM

## 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, .....(imię, nazwisko) o nr PESEL:.....

zamieszkały/a:.....

będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta:.....

posiadającego nr PESEL:..... oświadczam, że **upoważniam\*** Pana/-ią,

zamieszkały/-a .....

data urodzenia..... **/nie upoważniam nikogo\*** do uzyskiwania informacji o

stanie zdrowia podopiecznego oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji

medycznej dotyczącej podopiecznego oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i

przechowywanej w Stomatologia Kondzielnik.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszym gabinecie stomatologicznym. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami Stomatologii Kondzielnik. Zapoznałem/-am się i zgadzam się z zasadami gwarancji na leczenie stomatologiczne w gabinecie Stomatologia Kondzielnik (zasady gwarancji dostępne do wglądu w rejestracji i na stronie [www.stomatologiakondzielnik.pl](http://www.stomatologiakondzielnik.pl)).

.....

Data

.....

Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego\*)

\*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

.....

Podpis i pieczęć lekarza

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679-RODO/GDPR z dnia 27 kwietnia 2016 roku, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE(ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Ustawy z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2018r poz.1000.), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce, a w szczególności na:

(A) \*TAK/NIE- Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty(w sprawie potwierdzenia, przesunięcia, odwołania).

(B) \*TAK/NIE- Kontakt SMS w celu realizacji wizyty ( w sprawie potwierdzenia, przesunięcia, odwołania).

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem się z polityką prywatności obowiązującą w „Stomatologia Kondzielnik”

.....

czytelny podpis