

Nr Karty

KARTA STOMATOLOGICZNA

Nazwisko Imię

Data urodzenia Pesel

Adres

Nr telefonu.....

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

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.

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? **TAK** **NIE**

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? **TAK** **NIE**

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy **TAK** **NIE**

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) **TAK** **NIE**

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? **TAK** **NIE**

Jeśli tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność **TAK** **NIE** obrzęki **TAK** **NIE**

pokrzywka **TAK** **NIE** swędzenie **TAK** **NIE**

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? **TAK** **NIE**

Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? **TAK** **NIE**

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? **TAK** **NIE**

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca,

zapalenie mięśnia sercowego) **TAK** **NIE**

- inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) **TAK** **NIE**
- choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) **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** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) **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** (bóle korzonkowe, 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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | AIDS | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną B | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | gruźlica | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| żółtaczką zakaźną C | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | ch. weneryczne | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |

choroba reumatyczna **TAK** **NIE**

osteoporoza **TAK** **NIE**

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) **TAK** **NIE**

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie? **TAK** **NIE**

Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew **TAK** **NIE**

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? **TAK** **NIE**

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? **TAK** **NIE**

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? **TAK** **NIE**

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? **TAK** **NIE**

.....

Data i podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA (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.

Oświadczam, że **upoważniam*)** Pana/ią,
legitymującego/ą się dowodem osobistym nr, / **nie upoważniam nikogo*)** do
uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania
wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej
dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Stomatologii Estetycznej Ortodontcji i Implantologii
PROXIMA Spółka Partnerska Lekarze dentyści Oleksy i Karaszewski.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie
w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem
prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

.....
Data i podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, co następuje:

- 1) Zostałem/am poinformowany/na, iż w przypadku nie potwierdzenia terminu wizyty w dniu poprzedzającym wizytę u stomatologa termin ten zostanie uznany za nieaktualny.
- 2) Wyrażam zgodę na otrzymywanie, drogą elektroniczną informacji o zakresie świadczonych usług oraz aktualnych promocjach na podany poniżej adres e-mail.
- 3) Adres e-mail

.....
Data i podpis pacjenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z udzieleniem mi
następujących świadczeń
stomatologicznych:

- 1) wstępny przegląd stanu uzębienia pacjenta wraz uzupełnieniem diagramu przedstawiającego status
zębowy w wersji elektronicznej,
- 2) aktualizacja przeglądu stanu uzębienia pacjenta wraz uzupełnieniem diagramu przedstawiającego
status zębowy w wersji
elektronicznej przez Centrum Stomatologii Estetycznej Ortodontcji i Implantologii PROXIMA Spółka
Partnerska Lekarze dentyści Oleksy i Karaszewski,

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity : Dz. U.
z 2002, Nr 101, poz. 926, ze zm.).

.....
Data i podpis pacjenta