

Szanowny Pacjencie

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas Pani/Pan obdarzył/a.

W związku z rozpoczęciem procesu diagnostyki i leczenia w naszej Klinice bardzo **prosimy o czytelne wypełnienie poniższego formularza**, który będzie częścią Pana/Pani dokumentacji medycznej. Wszystkie podane informacje objęte są tajemnicą lekarską oraz pełną ochroną danych osobowych.

Podanie poniżej pełnych danych osobowych oraz kontaktowych jest niezbędne do skutecznej organizacji i realizacji procesu diagnostyki oraz leczenia w naszej Klinice, w tym - umawiania i zmiany terminów wizyt, przypomnieniach o wizytach oraz badania satysfakcji Pacjenta po przeprowadzonym leczeniu.

DANE PACJENTA

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

..... Imię i nazwisko	DD / MM / RRRR Data urodzenia	----- PESEL
..... Adres zamieszkania: ulica, nr domu /nr mieszkania	--- - --- Kod pocztowy Miejscowość /Kraj
..... E-mail Telefon kontaktowy	KOBIETA / MĘŻCZYŻNA Płeć: niepotrzebne skreślić
Do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia, o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam: Imię i nazwisko osoby upoważnionej Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

Obowiązek pobierania i przechowywania poniższych danych przez podmiot lecznicy regulują przepisy: art. 25. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; art. 18. ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej; art. 41. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Dla zapewnienia możliwości przedstawienia kompleksowego planu leczenia wraz z kosztorysem, będącego w rozumieniu przepisów prawa ofertą handlową, prosimy o zaakceptowanie poniższych zgód.



ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY I SMS

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w tym telefonów i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego.

TAK NIE



ZGODA NA KONTAKT E-MAIL

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

TAK NIE



ZGODA NA KORESPONDENCJĘ LISTOWĄ

Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych drogą pocztową.

TAK NIE

Co zyskujesz?



spersonalizowany plan leczenia wraz z wyceną



możliwość modyfikowania oferty podczas leczenia



dostęp do programu Opieki Pacjenta i osobistego Opiekuna



specjalne warunki leczenia dla członków Twojej najbliższej rodziny



informacje o programach lojalnościowych dedykowanych wybranym Pacjentom



dostęp do nowych narzędzi komunikacji z nami, gwarantujących:

- bank wiedzy, informatory i poradniki dla Pacjenta,
- konsultacje z personelem medycznym po leczeniu,
- aktualne informacje o nowych usługach i ofertach.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

- administratorem Pana/i danych osobowych jest Roman Borczyk Klinika Implantologii i Stomatologii Estetycznej sp.j. z siedzibą w Katowicach (40-533), ul. Czajek 5a, zwana dalej Spółką,
- Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celach bezpośredniego marketingu produktów i usług Spółki i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- posiada Pan/i prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawienia,
- podanie Spółce danych osobowych jest dobrowolne.



.....
Data

.....
Podpis osoby wyrażającej zgodę

ANKIETA MEDYCZNA

Ogólny stan zdrowia może mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego. W trosce o bezpieczeństwo i w celu właściwego zaplanowania procesu leczenia, prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem. Informacje zawarte w kolejnej ankiecie (patrz: następna strona) pozwolą nam zaplanować leczenie w najbardziej komfortowy sposób, adekwatny do Państwa potrzeb.

Czy przyjmuje Pan/i leki regularnie?

Jeśli tak, prosimy o podanie schorzenia i nazw leku/leków:

CZY CHOROWAŁ/A PAN/I LUB CHORUJE NA:

	TAK	NIE
Alergie/Uczulenia (reakcje uczuleniowe np. po podaniu leków, duszności, swędzenie, pokrzywka, obrzęki, itp)?		
Astmę, choroby płuc?		
Schorzenia związane z układem krążenia (zawał, choroby wieńcowe/serca, nadciśnienie, zaburzenia rytmu, itp.)?		
Choroby reumatyczne (ból stawowe, mięśniowe)?		
Choroby nerek?		
Choroby zakaźne (m.in. WZW typu A, B, C, gruźlicę, AIDS)?		
Choroby wątroby (m.in. żółtaczkę, marskość, kamice)?		
Zaburzenia przemiany materii (m.in. cukrzyca, dna moczanowa)?		
Choroby tarczycy lub choroby endokrynologiczne?		
Choroby układu nerwowego (m. in. padaczka, niedowład, utraty przytomności, zaburzenia czucia)?		
Choroby oczu (m.in. jaskra, zaćma,)?		
Choroby układu krzepnięcia (m.in. skłonności do krwawień, skazy krwotoczne, hemofilia, anemia)?		
Czy istnieją przeciwwskazania do zastosowania środków zawierających alkohol podczas leczenia?		
Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył/a się Pan/i w szpitalu? Z jakiego powodu?		
Czy był/a Pan/i szczepiony/a przeciwko WZW?		
Inne schorzenia, dolegliwości, choroby przewlekłe lub genetyczne?		
Pytanie dotyczące kobiet: Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, w którym tygodniu /miesiącu?		

1	Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?
<input type="checkbox"/>	Ogólna ocena stanu uzębienia
<input type="checkbox"/>	Ból
<input type="checkbox"/>	Poprawa estetyki
<input type="checkbox"/>	Chęć uzupełnienia braków
<input type="checkbox"/>	Leczenie zatok
<input type="checkbox"/>	Inne:
2	Proszę ocenić (w skali 1 - 10) co powoduje największy dyskomfort podczas wizyty u stomatologa? 1 - najmniejszy / 10 - największy
<input type="checkbox"/>	Silny odruch wymiotny
<input type="checkbox"/>	Obawa przed bólem
3	Kiedy ostatnio był/a Pan/i na wizycie u stomatologa?
<input type="checkbox"/>	W ciągu ostatnich 6 miesięcy
<input type="checkbox"/>	W ciągu ostatnich 2 lat
<input type="checkbox"/>	Ponad 2 lata temu
4	Czy leczenie objęte było gwarancją?
<input type="checkbox"/>	Brak
<input type="checkbox"/>	Na rok
<input type="checkbox"/>	Na wiele lat
<input type="checkbox"/>	Dożywotnia
<input type="checkbox"/>	Nie wiem
5	Jakich przyrządów do codziennej higieny jamy ustnej używa Pan/i regularnie?
<input type="checkbox"/>	Szczoteczka ręczna
<input type="checkbox"/>	Szczoteczka elektryczna
<input type="checkbox"/>	Nitka dentystyczna
<input type="checkbox"/>	Szczoteczki międzyzębowe
<input type="checkbox"/>	Irygator
6	Czy oczyszczał/a Pan/i osad i kamień w gabinecie stomatologicznym? Jeśli tak, jak dawno temu?
<input type="checkbox"/>	Tak, temu
<input type="checkbox"/>	Nie, nigdy
7	Czy pali Pan/i papierosy? Jeśli tak, ile papierosów dziennie?
<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	Do 10
<input type="checkbox"/>	Ponad 10
8	Skąd dowiedział/a się Pan/i o Klinice?
<input type="checkbox"/>	Z internetu
<input type="checkbox"/>	Z polecenia (rodzina, znajomi)
<input type="checkbox"/>	Z reklamy (prasa, TV, radio)
<input type="checkbox"/>	Z warsztatów AZU w przedszkolu
<input type="checkbox"/>	Jestem stałym Pacjentem

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelki zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi. Wiarygodność informacji podanych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego.

Oświadczam, że poinformowano mnie o monitoringu wizyjnym na terenie Kliniki.



.....

Data

.....

Podpis osoby wyrażającej zgodę