

KARTA STOMATOLOGICZNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Data urodzenia

TelefonEmail.....

Adres zameldowania / lub stałego zamieszkania pacjenta

.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

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.**

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.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na komunikację za pośrednictwem SMS lub e-mail.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na udostępnianie ofert marketingowych HappySmile i

HappyFace&Body.

Zgody na przetwarzanie danych osobowych przez HappySmile Gabinet Stomatologii i Medycyny Estetycznej

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **HappySmile Gabinet Stomatologii i Medycyny Estetycznej oraz Happy Smile Sp. z o.o. Sp. K.,** al. Rzeczypospolitej 4D/172, NIP 9570810427 adres mail: kontakt@happysmile.pl, tel. 734440050 w celu leczenia stomatologicznego, poprzez rejestrację w systemach informatycznych obsługi pacjentów, prowadzenia kart pacjentów, wykonywania zdjęć RTG, przygotowania i wykonywania prac protetycznych i ortodontycznych.
2. Podaje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia;
Dokumentacja medyczna według przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 roku poz. 159 z późn. zm.) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym został dokonany ostatni wpis. Na podstawie złożonego wniosku ma Pani/Pan prawo do udostępnienia dokumentacji medycznej w postaci odpisu, kopii zdjęć diagnostycznych, modeli diagnostycznych, skanów diagnostycznych.

Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane innym odbiorcom tylko i wyłącznie w sytuacji związanej z przebiegiem leczenia np. pracownia protetyczna.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

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



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. Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

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

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? Jeśli tak to z jakiego powodu:..... TAK ☐ NIE ☐

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? Jeśli tak to na co: TAK ☐ NIE ☐

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

Jeśli tak to jakie:.....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? Jeśli tak to na co: TAK ☐ NIE ☐

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 Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	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, rozrusznik serca)	TAK ☐ NIE ☐
inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	TAK ☐ NIE ☐
choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył)	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, niedowłady, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)	TAK ☐ NIE ☐
choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe, stany po złamaniach)	TAK ☐ NIE ☐
choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa,	
przedłużone krwawienie po usunięciu)	TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne:

żółtaczką zakaźną A	TAK ☐ NIE ☐	AIDS	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną B	TAK ☐ NIE ☐	gruźlica	TAK ☐ NIE ☐
żółtaczką zakaźną C	TAK ☐ NIE ☐	ch. weneryczne	TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna TAK ☐ NIE ☐

osteoporoza TAK ☐ NIE ☐

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐ NIGDY NIE MIAŁEM/AM ☐

PRZYJMOWANE LEKARSTWA (WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI) :

.....

Pytania dotyczące kobiet: Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ MIESIĄC:..... NIE ☐

HappySmile Sp. z o.o. S
al. Rzeczypospolitej 4D/172, 80-365
NIP 5842796203, REGON 3865

HappySmile
Gabinet Stomatologii i
Medycyny Estetycznej
Mikoława Pancerz - Łoś
al. Rzeczypospolitej 4D/172, 80-369 Gdańsk
NIP 857-081-04-27, REGON 222181774

.....
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego