

pieczęć placówki

nr karty

Dane osobowe Pacjenta

Nazwisko i Imię

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

E-mail

Płeć

K/M

Data urodzenia

Orzeczenie o niepełnosprawności

nie/ tak

lekki/umiarkowany/znacznym

Wywiad chorobowy

proszę wstawić "X" w odpowiedniej rubryce/wziąć w kółko właściwe
podane informacje są objęte tajemnicą lekarską

tak

nie

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Poważne zachorowania w ostatnim roku? (jeśli "tak" - jakie?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Choroby przewlekłe: cukrzyca typ I (insulinozależna/ typ II (tabletkowa), reumatyzm, osteoporoza, choroby oczu (jaskra), choroby tarczycy, choroby serca, choroby zakaźne (żółtaczkę (WZW A/B/C) AIDS, HIV), choroby płuc (gruźlica, astma), choroby układu krążenia (nadciśnienie, omdlenia, duszności), choroby układu nerwowego (padaczka, porażenia, niedowład), choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie), choroby układu moczowego, pokarmowego (wrzody), wątroby (żółtaczkę, marskość), inne (jakie?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Przyjmowane leki: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Pobyt w szpitalu/zabiegi, operacje w ostatnim roku ?
(przyczyna, data) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Szczepienia i stosowane surowice poza kalendarzem szczepień ?
(jeśli "tak" - jakie?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Uczulenia na leki, pokarmy, alergeny wziewne, antybiotyki
(jakie?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy korzystał/a Pan/i z usług kosmetycznych/fryzjerskich/tatuażu/piercingu ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Palenie tytoniu (jeśli "tak" - ile?, od jak dawna?) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Czy jest Pani w ciąży? (dotyczy kobiet) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Inne, ważne informacje. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zrozumiałe, zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Zobowiązuję się do zgłoszenia zmiany mojej sytuacji zdrowotnej.

Skąd dowiedziałeś/łaś się o Gabinetcie HADENT?

- z polecenia z mediów społecznościowych z Google inne (jakie?) _____

data, czytelny podpis Pacjenta
lub/i Opiekuna Prawnego



Dane osobowe Przedstawiciela ustawowego / Opiekuna Prawnego

Nazwisko i Imię

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

E-mail

Oświadczenia i zgody

1. Wyrażam zgodę na kontakt związany z **procesem leczenia** telefon SMS e-mail

2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem odbywania wizyt, udzielania świadczeń i klauzulą informacyjną RODO. tak nie

3. Oświadczam, że moją dokumentację medyczną w formie papierowej:

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o przetworzeniu mojej papierowej dokumentacji medycznej na postać cyfrową poprzez wykonanie skanu. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odbioru mojej papierowej dokumentacji medycznej w terminie 1 roku od dnia podpisania niniejszego oświadczenia, oraz o tym, że po tym terminie nieodebrana dokumentacja medyczna w postaci papierowej zostanie zniszczona. Rozumiem, że w przypadku niewyrażenia chęci odbioru mojej papierowej dokumentacji medycznej, dokumentacja ta zostanie zniszczona po uprzednim zeskanowaniu. (Podstawa prawna - art. 13b ustawy o informatyzacji w ochronie zdrowia, dz. u. 2011, nr 113, poz. 657 ze zm.).

nie odbieram

odbieram

4. Oświadczenie Pacjenta lub Opiekuna Prawnego o upoważnieniu osoby trzeciej.

Upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach medycznych oraz do odbioru dokumentacji medycznej w moim imieniu:

imię i nazwisko

data urodzenia

telefon

e-mail

nie upoważniam

upoważniam

Niniejszym oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz zostałem/-am poinformowany/-a o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie: dostępu do dodanych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia danych - w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach prawa, a także skargi do organu nadzorczego, jeżeli uzna Pan/Pani, że dane są przetwarzane z naruszeniem przepisów powszechnie obowiązujących.

data, czytelny podpis Pacjenta
lub/i Opiekuna Prawnego

data, podpis i pieczętka Lekarza

