

Szanowni Rodzice

Dziękujemy za wybór naszej Kliniki i zaufanie jakim nas obdarzyliście. W związku z rozpoczęciem procesu diagnostyki i leczenia w naszej Klinice bardzo **prosimy o czytelne wypełnienie poniższego formularza**, który będzie częścią dokumentacji medycznej. Wszystkie informacje objęte są tajemnicą lekarską oraz pełną ochroną danych osobowych.

Podanie poniżej pełnych danych osobowych i 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 DZIECKA

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI LITERAMI

..... Imię i nazwisko	<u>DD</u> / <u>MM</u> / <u>RRRR</u> Data urodzenia	----- PESEL
..... Adres zamieszkania: ulica, nr domu/nr mieszkania	__ - __ - ____ Kod pocztowy Miejscowość / Kraj
..... E-mail Opiekuna Telefon kontaktowy Opiekuna	KOBIETA / MĘŻCZYŻNA Płeć Dziecka: niepotrzebne skreślić

DANE OPIEKUNA PRAWNEGO

..... Imię i nazwisko	RODZIC / OPIEKUN PRAWNY / KURATOR Więź prawna: niepotrzebne skreślić	----- PESEL
..... Adres zamieszkania: ulica, nr domu/nr mieszkania	__ - __ - ____ Kod pocztowy Miejscowość / Kraj
..... E-mail Opiekuna prawnego Telefon kontaktowy Opiekuna prawnego	

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 Dziecka wraz z wyceną



możliwość modyfikowania oferty podczas leczenia



dostęp do programu Opieki Pacjenta i osobistego Opiekuna Twojego Dziecka



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 Rodzica / Opiekuna prawnego

ANKIETA MEDYCZNA

Czy Państwa Dziecko przyjmuje leki regularnie?

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

.....

CZY PAŃSTWA DZIECKO CHOROWAŁO LUB CHORUJE NA:

Alergie (reakcje uczuleniowe np. po podaniu leków)?

Astmę, choroby płuc?

Schorzenia związane z układem krążenia (choroby serca, nadciśnienie)?

Choroby reumatyczne (bóle stawowe, mięśniowe)?

Choroby nerek?

Choroby wątroby, żółtaczkę?

Cukrzycę?

Choroby tarczycy?

Choroby zakaźne (m. in. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlicę, AIDS)?

Skłonności do krwawień (skazy krwotoczne)?

Inne poważne schorzenia? Jakież?

	TAK	NIE
Alergie (reakcje uczuleniowe np. po podaniu leków)?		
Astmę, choroby płuc?		
Schorzenia związane z układem krążenia (choroby serca, nadciśnienie)?		
Choroby reumatyczne (bóle stawowe, mięśniowe)?		
Choroby nerek?		
Choroby wątroby, żółtaczkę?		
Cukrzycę?		
Choroby tarczycy?		
Choroby zakaźne (m. in. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlicę, AIDS)?		
Skłonności do krwawień (skazy krwotoczne)?		
Inne poważne schorzenia? Jakież?		

Kiedy ostatnio Dziecko było w gabinecie stomatologicznym?

- To pierwsza wizyta Dziecka
- W ciągu ostatnich 6 miesięcy
- W ciągu ostatnich 2 lat
- Ponad 2 lata temu

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

- Ocena stanu uzębienia
- Ból
- Leczenie zębów mlecznych
- Leczenie w narkozie
- Higiena i fluoryzacja
- Wizyta kontrolna
- Inne

Skąd dowiedział/a się Pan/i o Dentolandii?

- Z internetu
- Z polecenia (rodzina, znajomi)
- Z reklamy (prasa, TV, radio)
- Z warsztatów AZU w przedszkolu
- Jestem stałym Pacjentem

Do uzyskania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam:

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

.....
Telefon kontaktowy do osoby upoważnionej

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany sytuacji zdrowotnej mojego dziecka, szczególnie te, które mogą mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego, zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi. Wiarygodność informacji podanych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb leczenia stomatologicznego.



.....
Data

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna

.....
Podpis Rodzica / Opiekuna

.....
Podpis Pacjenta niepełnoletniego
(który ukończył 16 r.ż.)