

**PROSZĘ O ZAKREŚLENIE WŁAŚCIWEJ ODPOWIEDZI, WPISANIE INFORMACJI
DUŻYMI LITERAMI LUB ODPOWIEDNIE PODKREŚLENIE.**

1. Czy znajdował(a) się Pani/Pan ostatnio pod opieką lekarską
z powodu przewlekłej choroby?

TAK ☐ NIE ☐

2. Czy przyjmuje Pan/Pani stale jakieś lekarstwo?

TAK ☐ NIE ☐

Jakie.....

**Czy jest Pani/Panu WIADOMO że, chorował(a) lub choruje
Pan/Pani na którąś z podanych poniżej chorób:**

1. Choroby serca (np. zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca,
zapalenie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

2. Czy choruje Pani/Pan na nadciśnienie tętnicze?

TAK ☐ NIE ☐

3. Choroby płuc i dróg oddechowych (np. gruźlica, pylica, zapalenie
płuc, rozedma, astma oskrzelowa, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

4. Choroby wątroby (np. żółtaczkę, marskość, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

5. Czy ma Pani/Pan żylaki kończyn dolnych (nóg)?

TAK ☐ NIE ☐

6. Choroby nerek (np. zapalenia, kamica, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

7. Zaburzenia przemiany materii np. cukrzyca?

TAK ☐ NIE ☐

8. Choroby tarczycy (np. niedoczynność, nadczynność, powiększenie
tarczycy, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

9. Choroby oczu (np. jaskra, zaćma, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

10. Choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowład, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

11. Czy był(a) Pan/Pani leczony(a) z powodu chorób psychicznych
(np. nerwicy, depresji, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

12. Choroby układu kostnego (kręgosłupa, stawów, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

13. Czy choruje Pani/Pan na owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy?

TAK ☐ NIE ☐

14. Choroby krwi lub zaburzenia krzepnięcia krwi (np. skłonność
do powstawania krwawiaków, krwawienia z nosa, inne)?

TAK ☐ NIE ☐

15. Uczulenia (katar sienny, wysypki, nadwrażliwość na żywność, leki,
plaster)?

TAK ☐ NIE ☐

16. Czy choruje Pani/Pan na inną nie wymienioną wyżej chorobę?

TAK ☐ NIE ☐

Jaką?.....

17. Czy pali Pani/Pan regularnie?

TAK ☐ NIE ☐

18. Czy pije Pani/Pan regularnie alkohol?

TAK ☐ NIE ☐

19. Czy jest Pani/Pan przyzwyczajony do jakichś lekarstw?

TAK ☐ NIE ☐

20. Czy Pani/Pan źle słyszy?

TAK ☐ NIE ☐

21. Inne uwagi (np. wypadki)?

TAK ☐ NIE ☐

.....
22. Czy jest Pani w ciąży?

TAK ☐ NIE ☐

Jeżeli jest Pani w ciąży należy koniecznie poinformować o tym podczas rejestracji oraz operatora aparatu rentgenowskiego PRZED WYKONANIEM BADANIA. Zdjęcia RTG kobietom w ciąży wykonuje się tylko w sytuacji, gdy są istotne wskazania lekarskie.

§18 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2002 roku.

23. Czy wyraża Pani/Pan zgodę na użycie podanego wcześniej kontaktu dla celów medycznych, tj: przypominanie o terminach zarezerwowanych wizyt, o wizytach kontrolnych, higienizacyjnych, o zmianach w rezerwacji terminów, ew. przesunięciach, odwołaniach, opóźnieniach ?

SMS	TAK ☐	NIE ☐
Tel.	TAK ☐	NIE ☐
Mail	TAK ☐	NIE ☐

24. Pozostawałem/am wcześniej pod opieką stomatologiczną

- Regularnie ☐
- Nieregularnie ☐
- U jednego specjalisty ☐
- Prowadziłem/am leczenie wielospecjalistyczne ☐

25. Zostałem/am skierowany do kliniki stomatologicznej TRIO-DENT w następujący sposób:

- Polecenie przez innego lekarza ☐
- Polecenie przez innych pacjentów /znajomych ☐
- Internet ☐
- Reklama ☐
- Inne ☐

26. Zostałam/em skierowany do Kliniki Stomatologicznej Trio-Dent do:

- konkretnego lekarza/ higienistki ☐

.....
(imię i nazwisko)

- bez sprecyzowanego nazwiska lekarza/higienistki ☐

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

WARSZAWA, dnia

Czytelny podpis pacjenta.....

UPRZEJMIIE PROSIMY O AKTUALIZACJĘ INFORMACJI W KAŻDYM PRZYPADKU ZMIANY STANU ZDROWIA PODCZAS KOLEJNYCH WIZYT W NASZYM GABINECIE.

Klauzula informacyjna dotycząca Pacjentów Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej TRIO- DENT

1. Szanowni Pacjenci, Administratorem Państwa danych osobowych jest Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna TRIO-DENT Agnieszka Laskus, Jerzy Perendyk s.j., zwana dalej: „**Administratorem**”. Możecie Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: 00-622 Warszawa ul.Polna 3, lub telefonując pod numer: 22 87509454 lub za pośrednictwem inspektora ochrony danych, pisząc na adres e-mail; inspektorochronydanych@triodent.com.pl
2. Państwa dane przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Pani/Pana danych innym odbiorcom oprócz podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu, uczestniczącym w realizacji celu opisanego w punkcie 2, lub uczestniczącym w wykonaniu ciężących na nas obowiązków prawnych, oraz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

6. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Przekazanie nam Pani /Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania*.

* Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Wykorzystanie Pani /Pana danych osobowych w celach marketingowych, może mieć miejsce tylko po wyrażeniu na to przez Panią/Pana zgody.

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na wykorzystanie Pani/Pana danych w celach marketingowych ?

TAK ☐ NIE ☐

Czytelny podpis pacjenta.....

Warszawa, ul. Polna 3
tel./fax: 826 20 64; 875 94 54 kom. 501 143 721
721 www.trident.com.pl

Warszawa, ul. Polna 3
tel./fax: 826 20 64; 875 94 54 kom. 501 143
www.trident.com.pl