

**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. żółtaczka, 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 krwiałaków, 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 leków?

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. Zostałem/am skierowany do Kliniki Stomatologicznej Trio-Dent do:
- konkretnego lekarza/ higienistki

..... ☐
(imię i nazwisko)

- bez sprecyzowanego nazwiska lekarza/higienistki ☐

27. Oświadczam, że w razie wystąpienia takiej konieczności, wyrażam zgodę na skierowanie mnie na dodatkowe badania diagnostyczne (takie jak: radiologiczne, fotograficzne, bakteriologiczne, laboratoryjne, skany wewnątrzustne), jednocześnie oświadczam, że mam świadomość, że w niektórych sytuacjach brak zgody może powodować konieczność wstrzymania lub odmowy świadczeń leczniczych przez Klinikę:

TAK ☐ NIE ☐

OŚWIADCZAM, ŻE PODANE INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.

WARSZAWA, dnia

Czytelny podpis pacjenta.....

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

**Klauzula informacyjna dotycząca Pacjentów kliniki
TRIO- DENT Sp. z o.o. Sp.k.**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **TRIO- DENT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa**, z siedzibą w Warszawie (00-622) przy ul. Polnej 3, tel. 22 82 62 064. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@triodent.com.pl
2. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust.1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) w zw. z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest niezbędny dla ochrony żywotnych interesów pacjenta, może być również art.6 ust.1lit.d RODO. W zakresie, w jaki przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art.9 ust.2 lit. c i h RODO.

3. Państwa dane przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia. Podanie ich jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
4. 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.
5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
6. 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.
7. 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.
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez Administratora przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
9. Przekazanie nam Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.

10. 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.....