

Data.....

KARTA PACJENTA

Nazwisko i imię

ul.

Kod Miejscowość..... Telefon

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 adres e-mail:.....

WYWIAD

Należy zaznaczyć właściwą odpowiedź:

Przebyte choroby:	tak	nie	Choroby współistniejące:	tak	nie
1. serca:			1. nowotwór /od kiedy?/		
- zawał /kiedy?/.....			2. padaczka		
- wszczepiony rozrusznik			3. astma		
- choroba wieńcowa			4. przewlekłe zapalenia oskrzeli		
- nadciśnienie			5. cukrzyca		
2. choroby naczyń:			6. choroby krwi :		
- żylaki			Jakie?.....		
- miażdżycę					
- zakrzepica żył głębokich			7. czy choruje Pan/-i na inne niewymienione		
3. choroby wątroby:			wyżej choroby? / wymienić jakie /		
- stłuszczenie					
- marskość			Przebyte operacje/zabiegi:		
4. choroby tarczycy					
- nadczynność			Przyjmowane leki /wymienić jakie/		
- niedoczynność					
5. niewydolność nerek					
6. choroby skóry /wymienić jakie/			Nadwrażliwość na leki/ALERGIE /wymienić jakie/		
.....					
7. udar mózgu /kiedy?/					
8. choroby zakaźne:			Czy jest widoczna krew w moczu/kale	tak	nie
- gronkowiec			Czy pali Pan/-i papierosy? /ile?/.....szt.	tak	nie
- gruźlica			Inne nałogi /jakie?/.....		
- WZW			Czy jest Pani w ciąży?	tak	nie

Objawy	tak	nie		tak	nie
1. Bóle głowy/ opisać jakie/.....			8. Suchy kaszel		
			9. Problemy/infekcje zatok		
			10. Problemy/infekcje ucha		
			11. Uczucie guli w gardle		
2. zawroty głowy					
- świat wiruje			Leczenie zachowawcze/kiedy?/jakie?		
- ja wiruję					
- po szybkim wstaniu					
3. Uszy			Leczenie endodontyczne/kiedy?/jakie?		
- piski					
- szумы					
- zatykanie			Leczenie ortodontyczne lub protetyczne/kiedy?/jakie?/		
- obniżenie słuchu					
- uczucie wody w uchu					
4. Zablokowanie stawu			Żucie/preferowana strona?		
Open lock – w otwarciu			Stres		
Close lock – w zamknięciu/szczękoscisk			Parafunkcje (przegryzanie policzka, wargi, wysuwanie żuchwy, unoszenie wargi)		
5. Dźwięki stawowe					
- trzaski					
- krepitacje					
6. Zgrzytanie zębów					
7. Bruksizm					

Data.....

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam iż zostałam/łem poinformowana/ny o:
 - a. Rodzaju zalecanego leczenia i zabiegów,
 - b. Przeciwwskazaniach dla tego rodzaju leczenia i zabiegów oraz możliwości wystąpienia powikłań z nimi związanych,
 - c. Kosztach leczenia, które akceptuję.
2. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zalecane leczenie i zabiegi oraz, że korzystam z nich na własną odpowiedzialność.
3. Oświadczam, iż udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia
4. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego oraz fizjoterapeutę.
5. **Zapoznałam/łem się z Regulaminem Odwoływania Wizyt, dostępnym na stronie internetowej www.ortognatic.pl, który akceptuję.**

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

RODO

Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz danych o moim stanie zdrowia przez Centrum Fizjoterapii Stomatologicznej i Ortopedycznej Ortognatic Sylwia Słowińska-Pietrzak NIP: 7642612702 w celach:

- a. ewidencja osób leczonych
- b. komunikacji za pomocą sieci komórkowej i/lub poczty elektronicznej w celu ustalenia harmonogramu wizyt,
- c. określenia i wprowadzania metod leczenia adekwatnych, do mojego stanu zdrowia

Przyjmuję do wiadomości, iż przysługuje mi prawo do dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak i również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)