

## INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.  
Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.  
Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....PESEL

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

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon ..... Adres.....

Płeć: Kobieta       Mężczyzna

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK     NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK     NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu: .....

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK     NIE

Jeśli tak to na co: .....

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK     NIE

Jeśli tak to jakie: .....

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK     NIE

Jeśli tak to na co: .....

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK     NIE

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK     NIE

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK     NIE

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób:

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK     NIE

**inne choroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK     NIE

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK     NIE

**choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK     NIE

**choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK     NIE

**choroby wątroby** (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) TAK     NIE

**choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK     NIE

**zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa) TAK     NIE

**choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK     NIE

**choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK     NIE

**choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK     NIE

**choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK     NIE

**choroby oczu** (jaskra) TAK     NIE

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK     NIE

**choroby zakaźne** TAK     NIE

    żółtaczką zakaźną A      TAK     NIE       AIDS      TAK     NIE

    żółtaczką zakaźną B      TAK     NIE       gruźlica      TAK     NIE

    żółtaczką zakaźną C      TAK     NIE       ch. weneryczne      TAK     NIE

**choroba reumatyczna** TAK     NIE

**osteoporoza** TAK     NIE

**inne dolegliwości, jakie?** .....

**CENTRUM STOMATOLOGICZNE STĘPIEŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**  
**Stomatologia Stępień**  
**31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u**

- Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK  NIE   
Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: .....
- Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie miejscowe? TAK  NIE
- Czy pali Pan(i) tytoń? TAK  NIE
- Czy pije Pan(i) alkohol? TAK  NIE
- Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, nasenne, narkotyki? TAK  NIE   
Jeśli tak to jakie: .....

**Pytania dotyczące kobiet:**

- Czy jest Pani w ciąży? TAK  NIE   
Jeśli tak to w którym miesiącu: .....
- Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? .....
- Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK  NIE

**Wywiad stomatologiczny**

- Czy krwawią dziąsła podczas czyszczenia zębów?..... TAK  NIE
- Czy czuje Pani/Pan suchość w ustach?..... TAK  NIE
- Czy zdarzyło się Pani/Panu uczucie pieczenia w ustach?..... TAK  NIE
- Czy Pani/Pana zęby były kiedykolwiek wybielane?..... TAK  NIE
- Czy odbyła Pani/Pan leczenie ortodontyczne?..... TAK  NIE
- Czy miała Pani/miał Pan usuwane zęby?..... TAK  NIE
- Czy miała Pani/ miał Pan problem ze stawem skroniowo żuchwowym?..... TAK  NIE
- Czy zaciska Pani/Pan zęby podczas dnia?..... TAK  NIE
- Czy kiedykolwiek używała Pani/ używał Pan szynę nagryzową (ochronną)?..... TAK  NIE
- Czy budzi się Pani/Pan z napiętymi mięśniami twarzy lub ze ściśniętymi zębami?..... TAK  NIE
- Czy odczuwa Pani/Pan ból zęba?..... TAK  NIE
- Czy Pani/Pana zęby są nadwrażliwe na gorące, zimne, słodkie pokarmy/napoje?.... TAK  NIE
- Czy uważa Pani/Pan, że coś należy zmienić w wyglądzie zębów?..... TAK  NIE

**OŚWIADCZENIE PACJENTA**

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, .....  
Imię i nazwisko

PESEL

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

oświadczam, że **upoważniam\*** (nie upoważniam nikogo\*) Pana/-ią.....

Adres.....

tel:.....

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby, a także wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań i innych świadczeń zdrowotnych w CENTRUM STOMATOLOGICZNE STĘPIEŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Stomatologia Stępień 31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u oraz we współpracujących podmiotach leczniczych, w których są wykonywane niezbędne badania w celu oceny stanu mojego zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego. Oświadczam, że poinformowano mnie o monitoringu wizyjnym na terenie gabinetu ( klauzula dostępna w rejestracji ). Zostałem poinformowany o prawie dostępu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

.....  
*data*

.....  
*podpis pacjenta*

\* niepotrzebne skreślić

**Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w rejestracji.**

### **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.

<p style="text-align: center;"><b>ZGODA NA KONTAKT TELEFONICZNY I SMS</b></p> <p>Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na wykorzystanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, w tym telefonów i automatycznych systemów wywołujących, dla celów marketingu bezpośredniego</p> <p style="text-align: center;">TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<h2 style="font-size: 2em;">Co zyskujesz?</h2> <p><b>Spersonalizowany plan leczenia wraz z wyceną.</b> <b>Możliwość modyfikowania oferty podczas leczenia.</b> <b>Dostęp do programu Opieki Pacjenta i osobistego Opiekuna.</b> <b>Specjalne warunki leczenia dla członków Twojej najbliższej rodziny.</b> <b>Informacje o programach lojalnościowych dedykowanych wybranym Pacjentom.</b> <b>Dostęp do nowych narzędzi komunikacji z nami, gwarantujących:</b></p> <p><b>bank wiedzy, informatory i poradniki dla Pacjenta,</b> <b>konsultacje z personelem medycznym po leczeniu,</b> <b>aktualne informacje o nowych usługach i ofertach.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>ZGODA NA KONTAKT E-MAIL</b></p> <p>Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej.</p> <p style="text-align: center;">TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	
<p style="text-align: center;"><b>ZGODA NA KORESPONDENCJĘ LISTOWĄ</b></p> <p>Wyrażam zgodę Administratorowi Danych Osobowych na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesłania informacji handlowych drogą pocztową.</p> <p style="text-align: center;">TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, że:

- administratorem Pana/i danych osobowych jest CENTRUM STOMATOLOGICZNE STĘPIEŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Stomatologia Stępień 31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u, 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 osoby wyrażającej zgodę

**CENTRUM STOMATOLOGICZNE STĘPIEŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**  
**Stomatologia Stępień**  
**31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u**

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej jako „RODO” – informujemy, że:

*Administratorem Twoich danych osobowych jest* **CENTRUM STOMATOLOGICZNE STĘPIEŃ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Stomatologia Stępień, KRS 0001074875, NIP: 9452283685, ul. 31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u**

- 1) Z Administratorem możesz skontaktować się:
  - pisemnie na adres: ul.31-216 Kraków ul .Frycza-Modrzewskiego 2/16u
  - e-mailem: iod@stomatologia-stepien.pl
  - telefonicznie: nr tel. 502507387
- 2) Twoje dane osobowe będą przetwarzane:
  - a. w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych - na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO;
  - b. w celu ochrony przed roszczeniami oraz w celu dochodzenia roszczeń a także w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
  - c. w celach marketingowych oraz innych niewymienionych w lit. a i b – na podstawie Twojej zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO;
- 3) Podanie przez Ciebie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla skorzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Administratora.
- 4) Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i z poszanowaniem poufności tych danych. Twoje dane mogą być przekazane:
  - osobom i podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na zlecenie Administratora (np. innym podmiotom leczniczym, laboratoriom itd. w celu kontynuacji leczenia, wykonania zleconych badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych);
  - podmiotom świadczącym usługi hostingowe i teleinformatyczne (np. dostawcy oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dostawcy serwera, na którym przechowywane są dane osobowe);
  - Ministrowi Zdrowia jako administratorowi danych osobowych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej w ramach Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
  - podmiotom współpracującym z Administratorem w zakresie prowadzenia i obsługi systemu rezerwacji wizyt;
  - osobom upoważnionym przez Ciebie do zasięgania informacji o Twoim stanie zdrowia lub dostępu do dokumentacji medycznej;
  - ubezpieczycielom w przypadku kierowania roszczeń przeciwko Administratorowi;
  - podmiotom świadczącym usługi archiwizacji na rzecz Administratora;
  - organom władzy publicznej w zakresie ich ustawowych uprawnień.
- 5) Twoje Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowej. Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie danych osobowych.
- 6) Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu udzielonych Ci świadczeń zdrowotnych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej będziemy przechowywali przez niezbędny okres jej przechowywania wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W przypadku danych przetwarzanych na podstawie Twojej zgody, będziemy dane te przetwarzać do czasu zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wycofania przez Ciebie zgody na ich przetwarzanie, lub gdy z innych przyczyn przetwarzanie tych danych stanie się zbędne.
- 7) Przysługuje Ci prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

Prawo przenoszenia danych osobowych oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych nie dotyczą danych przetwarzanych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. danych przetwarzanych w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych, w tym danych zawartych w dokumentacji medycznej.
- 8) Przysługuje Ci prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....  
(Data, czytelny podpis pacjenta)