STOMATOLOGIA PRZYSZŁOŚCI

DENTOLANDIA
STOMATOLOGIA DZIECIĘCA
Częstochowa

ANKIETA MEDYCZNA DZIECKA

Szanowni Rodzice,

Stan ogólny zdrowia Państwa dziecka może mieć wpływ na przebieg leczenia. W trosce o jego bezpieczeństwo, w celu właściwego zaplanowania procesu leczenia, prosimy o wypełnienie tej ankiety, podając prawdziwe informacje. Informacje zawarte w tym formularzu objęte są pełną ochroną danych osobowych.

Dziękujemy.

..... Imię i nazwisko dziecka

__ __ / __ __ / __ __ __ __ Data urodzenia dziecka (DD/MM/RRRR)

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ PESEL dziecka

..... Ulica, nr domu/mieszkania

__ __ - __ __ __ Kod-pocztowy

..... Miasto

..... e-mail do rodzica lub opiekuna

..... Telefon kontaktowy do rodzica lub opiekuna

- **Czy dziecko przyjmuje leki regularnie?** Jeśli tak, prosimy o podanie nazw leku/leków:

.....

Czy dziecko chorowało lub choruje na:	**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 (wirusowe zapalenie wątroby, gruźlicę, AIDS)?	☐	☐
• Skłonności do krwawień (skazy krwotoczne)?	☐	☐
• Czy istnieją przeciwwskazania do zastosowania środków zawierających alkohol podczas leczenie (płukanki, dezynfekcja)?	☐	☐
• Inne poważne schorzenie?	☐	☐

Data ..... Podpis rodzica lub opiekuna .....

Zachęcamy dodatkowo do wyrażenia zgody na pozostawienie swoich danych adresowych, które pozwolą nam na przesyłanie materiałów edukacyjnych oraz informacji o zmianach zachodzących w Klinice.
Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach edukacyjnych i informacyjnych przez NZOZ Stomatologia Przyszłości z siedzibą w Częstochowie (zgodnie z Ustawę z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz.U. Nr 133 poz. 883). Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji edukacyjnych przez NZOZ Stomatologia Przyszłości z siedzibą w Częstochowie – zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r o świadczeniu usług droga elektroniczną (Dz.U. 2002 Nr 144, 1204 z późn. zm.), tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm. - drogą elektroniczną, za pośrednictwem poczty oraz telefonicznie.

Data ..... Podpis rodzica lub opiekuna .....