

ANKIETA MEDYCZNA

1. Czy czuje się Pani/Pan ogólnie zdrowa/y?	Tak	Nie
2. Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy? Jeśli tak, to na co?	Tak	Nie
3. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) Jeśli tak, to jakie?	Tak	Nie
4. Alergie / nadwrażliwość		
a) Katar sienny	Tak	Nie
b) Astma	Tak	Nie
c) Nikiel	Tak	Nie
d) Inne (proszę wpisać na co jest Pani/Pan uczulona/y)	Tak	Nie
5. Czy ma Pani/Pan skłonność do krwawień?	Tak	Nie
6. Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca?	Tak	Nie
7. Czy choruje Pani/Pan na którąś z następujących chorób:		
a) Choroby serca (zawał, choroba wieńcowa, wady serca, arytmia, zapalenie mięśnia sercowego)	Tak	Nie
b) Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)	Tak	Nie
c) Rozedma	Tak	Nie
d) Astma	Tak	Nie
e) Cukrzyca	Tak	Nie
f) Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, choroby jelit)	Tak	Nie
g) Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, niewydolność)	Tak	Nie
h) Tarczycza	Tak	Nie
i) Padaczka	Tak	Nie
j) Utraty przytomności	Tak	Nie
k) Anemia	Tak	Nie
l) Choroby oczu (jaskra)	Tak	Nie
8. Czy choruje Pani/Pan na choroby zakaźne?		
a) AIDS	Tak	Nie
b) Żółtaczką typu C	Tak	Nie
c) Żółtaczką typu B	Tak	Nie
d) Gruźlica	Tak	Nie
9. Czy choruje Pani/Pan na jakieś inne choroby/dolegliwości niewymienione powyżej?		
10. Czy dobrze znosi Pani/Pan znieczulenie stomatologiczne?	Tak	Nie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (dalej jako: „RODO”, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Ankiecie Medycznej, w tym danych szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych), o których mowa w art. 9 RODO przez Administratora danych osobowych, tj. (Przychodnia Stomatologiczna os. Centrum 27/L7, 19-200 Grajewo, PL) oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz aplikacjach wykorzystywanych przez Administratora, w tym w aplikacji FELG - w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem/am również poinformowany/a o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, w tym w szczególności, że dane zbierane są przez (Przychodnia Stomatologiczna os. Centrum 27/L7, 19-200 Grajewo, PL) – Administratora danych osobowych, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te mogą być udostępniane innym podmiotom.

Data

Podpis pacjenta / Opiekuna
(Podpisano z autoryzowanej aplikacji dla
pacjenta)