**Indywidualna dokumentacja medyczna podmiotu leczniczego**

1. **Oznaczenie pacjenta**

**PESEL:**

**Imię (imiona) i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………**

**Data urodzenia: ……………………………………………………………**

**Płeć:** kobieta/mężczyzna

**Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………**

**Telefon: ………………………………………………………………………**

**EMAIL: ………………………………………………………**

1. **Upoważnienie do zasięgnięcia informacji o stanie zdrowia/wglądu w dokumentację medyczną**

Imię i nazwisko, PESEL: ……………………………………………………

Stosownie do treści § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w zw. z art. 9 ust. 2 i 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oświadczam, że **upoważniam/ nie upoważniam nikogo**\*)

imię, nazwisko ………………………………

adres zamieszkania…………………………

telefon: ………………………………………

*do uzyskiwania o moim stanie zdrowia wszelkich informacji, w tym m.in. o rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, również na wypadek mojej śmierci.*

**…………………**

**podpis**

Stosownie do treści § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w zw. z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oświadczam, że **upoważniam/ nie upoważniam nikogo**\*)

imię, nazwisko ………………………………

adres zamieszkania…………………………

telefon: ………………………………………

*do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej mnie dokumentacji medycznej:*

Oświadczam, że nie składałam/ałem oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

Oświadczam, żę zostałam/ałem poinformowana/y o możliwości złożenia oświadczenia za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta i skutkach ich złożenia.

**…………………**

**podpis**

Niniejsze upoważnienie jest udzielone bezterminowo i dotyczy każdej dotyczącej mnie dokumentacji medyczne powstałej w podmiocie leczniczym pn.: **SUN CLINIC IZABELA GRABOWSKA-FIGHIERA EWA WNUK LEKARZE STOMATOLODZY sp.p. w Płocku, ul. Słoneczna 3, 09-402 Płock**

**Oświadczam, że zapoznałem się z Polityką Prywatności Administratora Danych, tj.:**

**SUN CLINIC IZABELA GRABOWSKA-FIGHIERA EWA WNUK LEKARZE STOMATOLODZY sp.p. w Płocku, ul. Słoneczna 3, 09-402 Płock**, w tym o danych kontaktowych, źródłach pozyskiwania danych, zakresie przetwarzania, celach przetwarzania, okresie przechowywania danych, odbiorcach danych, prawa osoby której dane są przetwarzane.

***Miejscowość, Data, czytelny podpis Pacjenta***

|  |
| --- |
|  |

*Imię, nazwisko pacjenta, PESEL:*

1. **Historia zdrowia i choroby:**

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

Oświadczam, że zdaję sobie sprawę z konsekwencji w przypadku podania nieprawdziwych danych odnośnie do mojego stanu zdrowia. Zatajenie danych w zakresie stanu zdrowia i przyjmowanych leków może mieć niekorzystny wpływ na podjęte leczenie, jak również może mieć niekorzystny wpływ na stan zdrowia. W tabelce właściwą odpowiedź zaznaczamy krzyżykiem „X”, a w informacjach dodatkowych wpisujemy np. nazwy leków, choroby itp.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| lp. | Pytanie | Tak | Nie | Dodatkowe informacje |
| 1 | Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? |  |  |  |
| 2 | Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? |  |  | Jeśli tak, proszę podać powód leczenia: |
| 3 | Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? |  |  | Jeśli tak, proszę podać, na co: |
| 4 | Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) |  |  | Jeśli tak, proszę podać, jakie i w jakich dawkach: |
| 5 | Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? |  |  | Jeśli tak, proszę podać, na co: |
| 6 | Czy występują u Pana(i) duszności? |  |  |  |
| 7 | Czy występują u Pana(i) obrzęki? |  |  |  |
| 8 | Czy występują u Pana(i) swędzenia? |  |  |  |
| 9 | Czy występuje u Pana(i) pokrzywka? |  |  |  |
| 10 | Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? |  |  |  |
| 11 | Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy: |
| 12 | Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? |  |  |  |
| 13 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 14 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 15 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 16 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 17 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 18 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na osteoporozę? |  |  |  |
| 19 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 20 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 21 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 22 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 23 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 24 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 25 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 26 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby oczu (jaskra)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 27 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na zmiany nastroju (depresja, nerwica)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 28 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby zakaźne (żółtaczka zakaźna, AIDS, żółtaczka zakaźna B, gruźlica, żółtaczka zakaźna C, choroby weneryczne)? |  |  | Proszę wpisać nazwę choroby: |
| 29 | Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na choroby reumatyczne? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, na co i kiedy: |
| 30 | Czy był(a) Pan(i) już kiedyś operowany(a)? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy i z jakiego powodu: |
| 31 | Czy dobrze zniósł (zniosła) Pan(i) znieczulenie? |  |  |  |
| 32 | Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać, kiedy i dlaczego: |
| 33 | Czy występują inne dolegliwości? |  |  | Jeśli tak, to jakie: |
| 34 | Czy pali Pan(i) tytoń? |  |  | Jeśli tak, to ile i od kiedy: |
| 35 | Czy pije Pan(i) alkohol? |  |  |  |
| 36 | Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? |  |  | Jeśli tak, to w jakich ilościach i jak często: |
| 37 | Kiedy ostatnio był(a) Pan(i) u kosmetyczki? |  |  | Wpisać datę (rok i miesiąc): |
| 38 | Kiedy ostatnio był(a) Pan(i) u fryzjera? |  |  | Wpisać datę (rok i miesiąc): |
| 39 | Pytania dotyczące kobiet:  Czy jest Pani w ciąży? |  |  | Jeśli tak, proszę wskazać tydzień: |
| 40 | Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? |  |  |  |
| 41 | Czy Pan(i) zęby są wrażliwe na ciepłe, zimne, słodkie? |  |  |  |
| 42 | Czy zdarza się, że krwawią Panu(i) dziąsła? |  |  |  |
| 43 | Czy ma Pan(i) kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia? |  |  |  |
| 44 | Czy kiedykolwiek stwierdzono opryszczkę lub inne zmiany w jamie ustnej? |  |  |  |
| 45 | Czy był Pan(i) znieczulany u stomatologa? |  |  |  |
| 46 | Czy wystąpiły jakieś niepożądane efekty po znieczuleniu? (Omdlenie, zasłabnięcie, reakcja uczuleniowa, wysypka) |  |  |  |
| 47 | Czy ma Pan(i) problemy okolicy stawu skroniowo-żuchwowego/uszu/części twarzy? |  |  |  |
| 48 | Czy występuje u Pana(i) zaciskanie/zgrzytanie zębami podczas snu? |  |  |  |
| 50 | Czy ma Pan(i) kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia? |  |  |  |

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie. Niniejsza informacja dotycząca stanu zdrowia pacjenta obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.

…………………………………………… ……………………………………………….  
*podpis i pieczątka lekarza dentysty czytelny podpis pacjenta/   
opiekuna prawnego/   
przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz data*

…………………………………………………………….………  
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat oraz data

1. **Badanie stomatologiczne**

Zewnątrzustnie w normie TAK / NIE

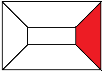
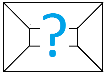
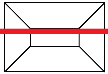
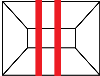
Odchylenia od normy …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………



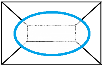
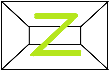
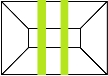
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38



Ubytek próchnicowy do obserwacji ząb usunięty ząb do usunięcia ząb do leczenia endo

Korona/Nakład implant most ząb zatrzymany ząb po leczeniu Endo

Błona śluzowa : wargi …………………………………………. Staw skroniowo żuchwowy

Policzki ………………………………………. Prawy Lewy

Dno jamy ustnej …………………………….. □ trzaski □

Język ………………………………………… □ przeskoki □

Podniebienie ………………………………… □ ból palpacyjny □

Wędzidełko język ……………………………. □ ból samoistny □

Wędzidełko wargi ……………………………

Przedsionek j. ustnej ………………………..

Węzły chłonne ……………………………….

Parafunkcje zwarciowe zgrzytanie □ zaciskanie □

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Parafunkcje niezwarciowe ……………………………………………………………………………………………………..

Przyzębie ………………………………………………………………………………………………………………………..

Wada zgryzu ……………………………………………………………………………………………………………………

Informacje dodatkowe …………………………………………………………………………………………………………

Higiena …………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Załączniki :
   1. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
   2. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
   3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
   4. ………………………………………………………………………………………………………………………………..
   5. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
   6. ……………………………………………………………………………………………………………………………….
   7. ………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. **Przebieg leczenia**

Imię i nazwisko …………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Ząb | Rozpoznanie | Zabieg | Podpis lekarza |
|  |  |  |  |  |