

# KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Podane informacje objęte są 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 wybrania odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

## DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko pacjenta niepełnoletniego

Data urodzenia

PESEL

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

Adres

DANE PERSONALNE RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO\*)

Imię i nazwisko

Telefon

Adres e-mail

## DANE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA PACJENTA

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce, a w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, podanie szczegółowych informacji w odpowiednim miejscu.

Czy dziecko czuje się ogólnie zdrowo?

TAK  NIE

Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było leczone w szpitalu?

TAK  NIE

Jeśli tak to z jakiego powodu?

Czy dziecko jest aktualnie na coś leczone?

TAK  NIE

Jeśli tak to na co?

Czy dziecko przyjmuje jakieś leki [zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe]?

TAK  NIE

Jeśli tak to jakie?

Czy dziecko jest na coś uczulone?

TAK  NIE

Jeśli tak to na co?

Czy dziecko było już kiedyś operowane?

TAK  NIE

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?

Jak dziecko znosi znieczulenie?

DOBRCZE  ŻLE

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce

	TAK	NIE
Czy występowały u dziecka po lekach lub po znieczuleniu następujące objawy: duszność, obrzęki, pokrzywka, swędzenie, inne?		
Czy dziecko ma skłonność do krwawień?		
Czy dziecko miało epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?		
<b>Czy dziecko choruje lub chorowało na którąś z następujących chorób:</b>		
Choroby serca		
Nadciśnienie		
Choroby płuc [astma, inne]		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby wątroby [kamica, marskość wątroby, inne]		
Choroby układu moczowego		
Zaburzenia przemiany materii [cukrzyca, inne]		
Choroby tarczycy [nadczynność, niedoczynność, wole obojętne, inne]		
Choroby układu nerwowego [padaczka, niedowłady, utraty przytomności, inne]		
Choroby układu kostno-stawowego [zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, inne]		
Choroby krwi i układu krzepnięcia		
Choroby oczu [jaskra, inne]		
Zmiany nastroju [depresja, nerwica, inne]		
Żółtaczka zakaźna typ A		
Żółtaczka zakaźna typ B		
Żółtaczka zakaźna typ C		
HIV/AIDS		
Gruźlica		
Choroba reumatyczna		

#### OŚWIADCZENIE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO\*

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, \_\_\_\_\_ nr PESEL \_\_\_\_\_  
zamieszkały/a \_\_\_\_\_ będąc przedstawicielem ustawowym  
pacjenta \_\_\_\_\_ nr PESEL \_\_\_\_\_ oświadczam, że  
**upoważniam\*** Pana/ią \_\_\_\_\_ zamieszkałego/ą \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**nie upoważniam nikogo innego\*** do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, do wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c. w Dąbrowie Górniczej.

- ◆ Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.
- ◆ Wyrażam zgodę na wykonywanie i przechowywanie dokumentacji RTG i fotograficznej i wykorzystanie jej na potrzeby leczenia w tutejszej placówce.
- ◆ Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w powyższym formularzu dla celów medycznych – zgodnie z Ustawą z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. EU L 119 z 04.05.2016) dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w Centrum Stomatologii „Estetica” s.c.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica (opiekuna prawnego\*)

\*niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu na recepcji