

## ANKIETA STOMATOLOGICZNA

Imię i Nazwisko: .....

Pesel: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres email i numer telefonu (w celu potwierdzenia wizyt): .....

### I. PYTANIA OGÓLNE

1. Czy boi się Pan(i) leczenia stomatologicznego? Proszę określić w skali 1-10. ....
2. Czy obecnie odczuwa Pan(i) ból lub dyskomfort? TAK / NIE
3. Czy ma Pan(i) złe doświadczenie związane z leczeniem stomatologicznym? TAK / NIE
4. Czy obecnie jest Pan(i) w trakcie leczenia? Jakiego? ..... TAK / NIE  
.....
5. Czy był Pan(i) leczony(na) w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat? TAK / NIE
6. Czy często ma Pan(i) bóle głowy? TAK / NIE
7. Czy ma Pan(i) alergię? uczulenie? Na co? ..... TAK / NIE  
.....
8. Czy ma Pan(i) problemy z przełykaniem? ..... TAK / NIE  
.....
9. Czy jest Pan(i) na specjalistycznej diecie? Jakiej? ..... TAK / NIE  
.....
10. Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? ..... TAK / NIE  
.....
11. Proszę zakreślić każde, z niżej wymienionych określeń, które Pana(i) dotyczą:
 

<input type="checkbox"/> niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> cukrzyca	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> padaczka	<input type="checkbox"/> opryszczka wargowa
<input type="checkbox"/> operacja kardiochirurgiczna	<input type="checkbox"/> leczenie psychiatryczne	<input type="checkbox"/> owrzodzenie
<input type="checkbox"/> wada serca	<input type="checkbox"/> zaburzenia czynności nerek	<input type="checkbox"/> astma
<input type="checkbox"/> migotanie komór	<input type="checkbox"/> choroba tarczycy	<input type="checkbox"/> katar sienny
<input type="checkbox"/> choroby krwi	<input type="checkbox"/> jaskra	<input type="checkbox"/> palenie papierosów (od ilu lat, ilość dziennie) .....
<input type="checkbox"/> hemofilia	<input type="checkbox"/> chemioterapia	.....
<input type="checkbox"/> wysokie ciśnienie krwi	<input type="checkbox"/> zapalenie wątroby typu A	.....
<input type="checkbox"/> udar mózgu	<input type="checkbox"/> zapalenie wątroby typu B	<input type="checkbox"/> inne .....
<input type="checkbox"/> łatwe powstawanie sińców	<input type="checkbox"/> gruźlica TBC	.....
<input type="checkbox"/> zasłabnięcia, zawroty głowy	<input type="checkbox"/> żółtaczka	.....

**II. UŚMIECH**

- |   |           |
|---|-----------|
| 12. Uważa Pan(i) , że coś należy zmienić w wyglądzie Pana(i) zębów?           | TAK / NIE |
| 13. Czy twoje zęby były kiedykolwiek wybielane?                               | TAK / NIE |
| 14. Czy czujesz skrzypowanie z powodu stanu Twoich zębów?                     | TAK / NIE |
| 15. Czy efekt dotychczasowego leczenia stomatologicznego rozczarował Pana(a)? | TAK / NIE |

**III. ZGRYZ I STAWY SKRONIOWO-ŻUCHWOWE**

- |  |           |
|--|-----------|
| 16. Czy ma Pan(i) problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi (ból, dzwięki, blokowanie, przeskakiwanie)?   | TAK / NIE |
| 17. Czy żucie gumy sprawia Panu(i) problem?  | TAK / NIE |
| 18. Czy ma Pan(i) problemy z żuciem twardych pokarmów (np.: twardy baton)?                               | TAK / NIE |
| 19. Czy Pana(i) zęby zmieniły się w ciągu ostatnich 5 lat (stały się krótsze, cieńsze, starte)?          | TAK / NIE |
| 20. Czy Pana(i) zęby stłaczają się bądź powstają pomiędzy nimi szpary?                                   | TAK / NIE |
| 21. Czy masz więcej niż jeden zgryz lub musisz mocno docisnąć żeby zęby pasowały do siebie?              | TAK / NIE |
| 22. Czy zaciska Pan(i) zęby w ciągu dnia lub wywołuje ich ból?   | TAK / NIE |
| 23. Czy ma Pan(i) jakieś problemy ze snem lub budzi się Pan(i) ze świadomością obecności zębów w ustach? | TAK / NIE |
| 24. Czy używa Pan(i) lub kiedykolwiek używał Pan(i) szynę nagryzową (ochronną)?                          | TAK / NIE |

**IV. ZĘBY**

- |   |           |
|---|-----------|
| 25. Czy w ciągu ostatnich 3 lat powstały w Pana(i) zębach jakieś ubytki?                              | TAK / NIE |
| 26. Czy czuje Pan(i) suchość w ustach?  | TAK / NIE |
| 27. Czy Pana(i) zęby są nadwrażliwe na gorąco,zimno,słodko lub na nagryzanie?                         | TAK / NIE |
| 28. Czy zdarzył się Panu(i) ból zęba, złamanie wypełnienia, złamanie, pęknięcie lub wykruszenie zęba? | TAK / NIE |
| 29. Czy myjąc zęby omija Pan(i) którąś część jamy ustnej?   | TAK / NIE |

**V. DZIAŚŁA I KOŚCI**

- |   |           |
|---|-----------|
| 30. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pan(i) chorobę przyzębia (dziąseł)?              | TAK / NIE |
| 31. Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana(i) recesje dziąsłowe?                       | TAK / NIE |
| 32. Czy ktoś w Pana(i) rodzinie miał chorobę przyzębia?                             | TAK / NIE |
| 33. Czy zdarza się, że dziąsła krwawią przy szczotkowaniu, nitkowaniu lub jedzeniu? | TAK / NIE |
| 34. Czy Pana(i) zęby zaczynają być nadmiernie ruchome?                              | TAK / NIE |
| 35. Czy zdarzyło się Panu(i) uczucie pieczenia w ustach?                            | TAK / NIE |
| 36. Czy zdarza się Panu(i) zauważyć u siebie przykry zapach z ust?                  | TAK / NIE |



**Z całą świadomością oświadczam, że wszystkie odpowiedzi są zgodne z prawdą. Jeśli w moim stanie zdrowia znajdą jakiegokolwiek zmiany lub zmieniają się stosowane przeze mnie leki, powiadomię o tym mojego lekarza stomatologa podczas kolejnej wizyty.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, przechowywanie i korzystanie z moich danych osobowych i wizerunku w firmie Periocare w dowolnym zakresie, bez ograniczeń czasowych i bez odpłatności. Podane informacje objęte są tajemnicą lekarską. Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne.

Wyrażam zgodę na telefoniczne przypominanie o wizytach stomatologicznych. Prace z zakresu stomatologii zachowawczej wykonane w gabinecie Periocare obejmuje rękojmia w ciągu trzech lat przy zachowaniu regularnych wizyt kontrolnych raz na 3 miesiące oraz wizyt higienizacyjnych raz na 5-6 miesięcy. Prace protetyczne wykonane w gabinecie Periocare objęte są rękojmią w ciągu czterech lat przy zachowaniu regularnych wizyt kontrolnych raz na 3 miesiące oraz wizyt higienizacyjnych raz na 5-6 miesięcy oraz przestrzeganiu zaleceń Lekarza Prowadzącego.

Gwarancja na wypełnienie trwa 2 lata, na prace protetyczne 3 lata, ale pod warunkiem, że pacjent pojawia się na wizytach higienizacyjnych 2x w roku (nie rzadziej niż co 6 miesięcy) i utrzymuje wskaźniki API poniżej 20% i PBI poniżej 10%.

.....

Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego



Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Świadczeniodawca, u którego dokonywana jest rezerwacja terminu. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z realizacją rezerwacji terminu wizyty. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest zarządzanie usługami opieki zdrowotnej (art. 9 ust. 2 lit. h RODO). Dane osobowe będą przetwarzane przez czas niezbędny dla realizacji celu i ewentualnych roszczeń, o których mowa powyżej, o ile wcześniej nie zostanie przez Panią/Pana zgłoszony skuteczny sprzeciw. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu dokonania rezerwacji terminu wizyty. W zakresie wynikającym z przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do Pani/Pana danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. W pozostałym zakresie, obowiązek informacyjny określony w art. 13 RODO będzie spełniany przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem innych kanałów komunikacyjnych, w tym poprzez korespondencję e-mail oraz jego stronę [www.periocare.pl](http://www.periocare.pl).

.....  
Data i podpis pacjenta / opiekuna prawnego



## Oświadczenie

Oświadczam, że upoważniam: (zaznaczyć właściwe pole)

- Upoważniam ..... (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (dane kontaktowe wskazanej osoby: adres, nr telefonu, adres email) .....
- Nie upoważniam żadnej osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

.....  
Data i czytelny podpis składającego oświadczenie

## Oświadczenie

Oświadczam, że upoważniam: (zaznaczyć właściwe pole)

- Upoważniam ..... (imię i nazwisko, nr pesel lub data urodzenia) do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym Periocare (dane kontaktowe wskazanej osoby: adres, nr telefonu, adres email). .....
- Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym Periocare.

.....  
Data i czytelny podpis składającego oświadczenie