



KRAKÓW, DNIA

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Data urodzenia :

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy i adres e-mail:.....

1. Czy dziecko boi się leczenia stomatologicznego ? Proszę określić w skali 1-10
2. Czy obecnie odczuwa ból i dyskomfort? Tak/Nie
3. Czy dziecko przechodziło poważne choroby? Tak(jakie?) /Nie
4. Czy dziecko było hospitalizowane? Tak/Nie
5. Czy dziecko kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo? Tak/Nie.....
6. Czy dziecko miało poważne urazy? Tak (jakie?)/Nie
7. Czy dziecko objęte jest stałą lekarską opieką specjalistyczną z powodu choroby przewlekłej (np. alergologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, cukrzyca, padaczka itp.)?
Tak (jakiej/ z jakiego powodu?)/ Nie
8. Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? Tak (jakie?)/ Nie
9. Czy dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek leki? Tak (jakie?)/ Nie
10. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? Tak/Nie.....
11. Czy dziecko było szczepione przeciwko WZW typu B? Tak/Nie.....
12. Czy u dziecka występuje przedłużone krwawienie po skaleczeniach/zabiegach u dentysty?
Tak/Nie.....
13. Czy u dziecka występuje skłonność do powstawania siniaków po urazach? Tak/Nie.....
14. Czy dziecko było wcześniej objęte leczeniem stomatologicznym? Tak/Nie.....
15. Czy dziecko ma wcześniejsze, przykre doświadczenia związane z wizytą u stomatologa?
Tak/Nie.....
16. Czy dziecko jest objęte leczeniem ortodontycznym? Tak/Nie

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym/przedstawicielem ustawowym małoletniego

.....
(imię, nazwisko oraz numer PESEL małoletniego)

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
numer PESEL opiekuna faktycznego / przedstawiciela ustawowego

ZGODA NA BADANIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA

Oświadczenie Rodziców

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

- Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne u mojego dziecka.

- Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na zabiegi profilaktyczne u mojego dziecka - mechaniczne oczyszczenie zębów oraz zastosowaniu preparatów remineralizujących na bazie fluoru lub hydroksyapatytu wapnia wzmacniających szkliwo i zapobiegających rozwojowi próchnicy.

- Oświadczam, że nie będę wnosił(-ła) roszczeń dotyczących leczenia w przypadku braku podpisu drugiego z rodziców (opiekuna prawnego).

.....
data i podpis rodzica / 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, o którym 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.

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

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA - SEDACJA WZIEWNA PODTLENKIEM AZOTU

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

1. Czy występują trudności w oddychaniu, kiedy dziecko się położy? Tak/Nie
2. Czy długo utrzymuje się krwawienie po skaleczeniu? Tak/Nie
3. Czy dziecko chorowało na żółtaczkę? Tak/Nie
4. Czy dziecko zażywa leki? np. aspiryna, polopiryna, polocard, leki przeciwkrzepliwe, *leki nasenne, *uspokajające, *antydepresyjne. Jakie inne?.....
5. Czy dziecko przebywało w szpitalu na leczeniu? Tak/Nie
6. Czy dziecko jest na coś uczulone? Tak/Nie
7. Czy dziecko jest poddawane chemioterapii? (Metotreksat, Bleomycyna) Tak/Nie
8. Czy dziecko leczy się na reumatoidalne zapalenie stawów lekiem Metotreksat? Tak/Nie

Czy występują u dziecka:

Przeciwwskazania:

- rozedma płuc
- rozstrzenie oskrzelowe
- POChP
- mukowiscydoza
- stwardnienie rozsiane
- złośliwa hipertermia
- myasthenia gravis
- porfiria
- anemia złośliwa Addisona-Biermera
- reumatoidalne zap. stawów (Metotreksat)
- implant ślimakowy

Nie ma przeciwwskazań:

- padaczka
- astma
- gruźlica płuc
- katar sienny
- nadciśnienie
- nadczynność tarczycy
- cukrzyca
- hemofilia
- choroba nerek

Jestem powiadomiony/(a) o możliwości wystąpienia przejściowych powikłań związanych z wykonywaniem zabiegów stomatologicznych w czasie sedacji wziewnej, takich jak: wymioty (w przypadku podania nieprawdziwej informacji o spożywaniu posiłków), niepokój, złe samopoczucie. Stwierdzam, że odpowiedzi podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

.....
podpis lekarza.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

Sedacja wziewna podtlenkiem azotu polega na podaniu przez maseczkę umieszczoną na nosie mieszanki gazów: tlenu i podtlenku azotu. Podczas sedacji maksymalne stężenie podtlenku azotu może wynosić 70%. Najczęściej używa się stężenia 45%. Użycie podtlenku azotu w tej mieszance ma na celu zmniejszenie lęku przed zabiegiem. Aby sedacja się powiodła pacjent przez cały czas trwania zabiegu powinien oddychać mieszaniną gazu. Specyfika leczenia stomatologicznego w sedacji podtlenkiem azotu polega na oddychaniu nosem przy jednocześnie otwartych ustach.

Sedacja wykazuje działanie głównie przeciwlękowe i w niewielkim stopniu znieczulające.

Zalecenia przed sedacją wziewną:

- Nie spożywać pokarmów stałych (w tym mleko) przez 3 godz. przed sedacją oraz nie spożywać płynów przez 2 godziny przed sedacją

Przeciwwskazania stosowania sedacji N2O/O2:

- przeziębienie, przerost migdałków gardłowych - niedrożności górnych dróg oddechowych
- I trymestr ciąży
- choroby psychiczne
- stwardnienie rozsiane, porfiria, miastenia gravis
- rozstrzenie oskrzelowe, rozedma płuc, mukowiscydoza
- alkoholizm, narkomania, psychozy
- brak współpracy pacjenta przy oddychaniu przez maseczkę

Możliwe efekty niepożądane:

- zawroty głowy (na początku sedacji), wymioty (szczególnie przy nie zastosowaniu się do zaleceń przed sedacją)
- ból głowy po zakończeniu sedacji
- brak sedacji
- niepamięć wsteczna / urojenie przeżyć, które nie miały miejsca

Koszt sedacji w gabinecie wynosi 100 zł/ 30 min .

W przypadku braku współpracy pacjenta koszt uruchomienia sedacji wynosi 50 zł

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

.....
(data zabiegu)

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia pacjenta)

Zgodnie z art. 32 - 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 Listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)

wyrażam zgodę na przeprowadzenie sedacji wziewnej podtlenkiem azotu u mnie / u mojego podopiecznego w gabinecie PerioCare KIDS ul. Strzelecka 2a, 31-503 Kraków.

Zapoznałam/em się z powyższą informacją o sedacji. Oświadczam, że ja/podopieczny* jestem/jest* przygotowany do sedacji oraz nie występują wymienione przeciwwskazania ogólne. Zostałam/em poinformowany, że leczenie może odbyć się bez sedacji w przypadku odpowiedniej współpracy pacjenta oraz o możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym w ośrodkach do tego przygotowanych.

.....
(podpis pacjenta pełnoletniego lub rodzica / opiekuna prawnego)