



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 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.

.....
Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego