

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte 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.

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

PESEL

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon.....e-mail.....

Adres.....

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK ☐ NIE ☐

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to z jakiego powodu:

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to na co:

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK ☐ NIE ☐

obrzęki TAK ☐ NIE ☐

pokrzywka TAK ☐ NIE ☐

swędzenie TAK ☐ NIE ☐

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK ☐ NIE ☐

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK ☐ NIE ☐

inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK ☐ NIE ☐

choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) TAK ☐ NIE ☐

choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK ☐ NIE ☐

choroby wątroby (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK ☐ NIE ☐

zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) TAK ☐ NIE ☐

choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, mniastenia) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)

TAK ☐ NIE ☐

choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)

TAK ☐ NIE ☐

choroby oczu (jaskra)

TAK ☐ NIE ☐

zmiany nastroju (depresja, nerwica)

TAK ☐ NIE ☐

choroby zakaźne

TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną A TAK ☐ NIE ☐

AIDS TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną B TAK ☐ NIE ☐

gruźlica TAK ☐ NIE ☐

żółtaczką zakaźną C TAK ☐ NIE ☐

ch. weneryczne TAK ☐ NIE ☐

choroba reumatyczna

TAK ☐ NIE ☐

osteoporoza

TAK ☐ NIE ☐

inne dolegliwości jakie?

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu:

Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? TAK ☐ NIE ☐

Czy miał Pan(i) przetaczaną krew TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to ile i od kiedy:

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK ☐ NIE ☐

Czy zażywa Pan(I) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to jakie:

Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to w którym miesiącu:

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę?

Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? TAK ☐ NIE ☐

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.

.....
data

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.

Skąd się Państwo o nas dowiedzieli ?

☐ Instagram Stomatolog Dobra Rada

☐ Google

☐ TikTok Stomatolog Dobra Rada

☐ Reklama Facebook

☐ Instagram Le Perle

☐ Polecenie od znajomego

☐ TikTok Le Perle

☐ Inne.....

☐ Instagram Martyna Henschke

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Imię i nazwisko _____ Używane imię _____ Wiek _____
Skierowany/-a przez _____ Jak Pan/-i ocenia stan swojej jamy ustnej? ☐ Doskonały ☐ Dobry ☐ Niezły ☐ Zły
Poprzedni dentysta _____ Jak długo był/-a Pan/Pani jego pacjentem/-ką? _____ miesiące/lata
Data ostatniego badania stomatol. ____/____/____ Data ostatniego prześwietlenia rentgen. ____/____/____
Data ostatniego leczenia (innego niż usuwanie kamienia nazębnego) ____/____/____
Rutynowo odwiedzam swojego dentystę co: ☐ 3 mies. ☐ 4 mies. ☐ 6 mies. ☐ 12 mies. ☐ Nie odwiedzam rutynowo

CZEGO DOTYCZĄ PANA/-I NAJWIĘKSZE OBAWY? _____

PROSZĘ O UDZIELENIE ODPOWIEDZI „TAK” LUB „NIE” NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:

TAK NIE

WYWIAD DOT. DOŚWIADCZEŃ PACJENTA



1. Czy odczuwa Pan/-i strach przed leczeniem stomatologicznym? W jakim stopniu odczuwa Pan/-i ten strach w skali od 1 (najmniej) do 10 (najbardziej) [____] ☐ ☐
2. Czy miał/-a Pan/-i nieprzyjemne doświadczenie związane z leczeniem stomatologicznym? _____ ☐ ☐
3. Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek komplikacje będące wynikiem leczenia stomatologicznego w przeszłości? _____ ☐ ☐
4. Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/-i problemy ze znieczuleniem lub reakcje na znieczulenie miejscowe? _____ ☐ ☐
5. Czy kiedykolwiek nosił/-a Pan/-i stały aparat ortodontyczny, przechodził/-a leczenie ortodontyczne lub korektę zgryzu? _____ ☐ ☐
6. Czy miał/-a Pan/-i kiedykolwiek usuwany ząb? _____ ☐ ☐

DZIAŚŁA I TKANKA KOSTNA



7. Czy podczas mycia lub czyszczenia zębów nici dentystycznymi dziąsła krwawią lub odczuwa Pan/-i ból? _____ ☐ ☐
8. Czy przechodził/-a Pan/-i kiedykolwiek leczenie choroby dziąseł lub powiedziano Panu/-i, że nastąpiła utrata kości wokół zębów? _____ ☐ ☐
9. Czy kiedykolwiek zauważył/-a Pan/-i u siebie nieprzyjemny smak lub zapach z ust? _____ ☐ ☐
10. Czy w Pana/-i rodzinie są osoby, które przeszły choroby przyzębia? _____ ☐ ☐
11. Czy kiedykolwiek wystąpiła u Pana/-i recesja dziąseł? _____ ☐ ☐
12. Czy kiedykolwiek wystąpiło u Pana/-i samoistne rozchwianie zęba (którego powodem nie był uraz), lub czy jedzenie jabłek sprawia Panu/-i trudność? _____ ☐ ☐
13. Czy doświadczył/-a Pani uczucia pieczenia w jamie ustnej? _____ ☐ ☐

STRUKTURA ZĘBÓW



14. Czy w ciągu ostatnich 3 lat wystąpiły u Pana/-i ubytki tkanki zęba? _____ ☐ ☐
15. Czy wydaje się Panu/-i, że ma Pan/-i w jamie ustnej zbyt mało śliny, lub czy doświadcza Pan/-i trudności podczas przełykania pokarmu? _____ ☐ ☐
16. Czy czuje Pan/-i dziury (np. zagłębienia, otwory) na powierzchniach gryzących zęba? _____ ☐ ☐
17. Czy którykolwiek z zębów wykazuje wrażliwość na gorąco, zimno, gryzienie, słodczy, lub czy unika Pan/-i czyszczenia szczotką jakiegokolwiek części uzębienia? _____ ☐ ☐
18. Czy w pobliżu linii dziąseł na zębach występują ubytki, rowki lub szczyrby? _____ ☐ ☐
19. Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i złamany lub ukruszony ząb, albo ból zęba lub pęknięte wypełnienie (plombę)? _____ ☐ ☐
20. Czy często jedzenie dostaje się Panu/-i pomiędzy zęby? _____ ☐ ☐

ZGRYZ I STAW ŻUCHWY



21. Czy ma Pan/-i problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi? (ból, dźwięk podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzask) _____ ☐ ☐
22. Czy podczas zaciskania zębów ma Pan/-i uczucie, że żuchwa cofa się do tyłu? _____ ☐ ☐
23. Czy unika Pan/-i lub ma trudności z żuciem gumy, marchwi, orzechów, bajgli, bagietki, batonów proteinowych lub innego rodzaju twardego, suchego pożywienia? _____ ☐ ☐
24. Czy w ciągu ostatnich 5 lat nastąpiła zmiana w Pana/-i zębach, taka jak ich skrócenie, zmniejszenie grubości lub zużycie/starcie? _____ ☐ ☐
25. Czy Pana/-i zęby stały się bardziej wykrzywione, zmniejszyły się odległości między nimi lub zaczęły zachodzić na siebie? _____ ☐ ☐
26. Czy nastąpiło powiększenie się przestrzeni pomiędzy zębami lub doszło do rozchwiania zębów? _____ ☐ ☐
27. Czy aby górne i dolne zęby pasowały do siebie musi Pan/-i wykonać więcej niż jedno zamknięcie, ściśnięcie lub przesunięcie żuchwy? _____ ☐ ☐
28. Czy umieszcza Pan/-i język pomiędzy zębami lub zamyka zęby na języku? _____ ☐ ☐
29. Czy żuje Pan/-i lód, obgryza paznokcie, używa zębów do przytrzymywania przedmiotów lub ma inne podobne nawyki? _____ ☐ ☐
30. Czy w ciągu dnia zaciska Pan/-i zęby lub robi coś, co powoduje ich ból? _____ ☐ ☐
31. Czy ma Pan/-i problemy ze snem (np. niepokój), budzi się z bólem głowy lub szczególnym odczuciem, jeśli chodzi o zęby? _____ ☐ ☐
32. Czy nosi Pan/-i lub nosił/-a w przeszłości szyny zgryzowe? _____ ☐ ☐

CHARAKTERYSTYKA UŚMIECHU



33. Czy chciał(a)by Pan/-i coś zmienić w wyglądzie swoich zębów? _____ ☐ ☐
34. Czy kiedykolwiek wybielał/-a Pan/-i zęby? _____ ☐ ☐
35. Czy odczuwał/-a Pan/-i dyskomfort lub miał/-a świadomość odnośnie wyglądu swoich zębów? _____ ☐ ☐
36. Czy był/-a Pan/-i kiedykolwiek rozczarowany/-a wynikiem poprzednio wykonanych prac stomatologicznych? _____ ☐ ☐

Podpis pacjenta _____ Data _____

Podpis lekarza _____ Data _____

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU UPOWAŻNIENIA
OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O JEGO STANIE ZDROWIA
I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO UZYSKIWANIA
DOKUMENTACJI**

Ja,

PESEL zamieszkały/-a

oświadczam, że upoważniam* Pana/-ią, zamieszkałego/-ą

...../ nie upoważniam nikogo innego

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz

do wglądu do mojej dokumentacji medycznej i uzyskiwania odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji

gromadzonej i przechowywanej w Le Perle Sp. z o.o.

Czytelny podpis pacjenta

Data i miejscowość

*niepotrzebne skreślić

LE PERLE

D E N T A L A T T E I E R

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Indywidualną Praktykę Stomatologiczną: [office] w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczącej planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności: Le Perle Sp. z o.o. - Ul. Floksowa 9, 60-175 Poznań.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/zostałam również poinformowany/poinformowana o tym, że dane zbierane są przez Indywidualną Praktykę Stomatologiczną: [office], o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Data i miasto

.....
Podpis pacjenta