

Pabianice, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do wyrażenia zgody

.....
Pesel

.....
nr dokumentu tożsamości

.....
adres zamieszkania

.....
imię i nazwisko pacjenta małoletniego, data urodzenia, PESEL

.....
**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego/ pacjenta małoletniego
w przedmiocie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym, jako przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie (imię i nazwisko małoletniego) świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego;

1. badanie i przegląd stomatologiczny, w tym wykonanie zdjęcia rentgenowskiego,
2. Leczenie zachowawcze
3. Ekstrakcja zębów
4. Leczenia zmian błony śluzowej
5. Fluoryzacja
6. Lakowanie zębów

Niniejszym, jako opiekun faktyczny małoletniego pacjenta, wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i przeglądu stomatologicznego.

Zgoda niniejsza dotyczy udzielania wskazanych świadczeń zdrowotnych w każdym czasie, również pod nieobecność przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego.

Niniejsza zgoda zostaje wyrażona z pełną świadomością tego, czego dotyczy i tego jakie powikłania, mogą w wyniku udzielonych małoletniemu świadczeń zdrowotnych wystąpić. Oświadczam, że przed udzieleniem zgody miałem swobodę zadawania lekarzowi pytań dotyczących wskazanych powyżej świadczeń zdrowotnych, z czego skorzystałem, lekarz udzielił mi obszernych i wyczerpujących informacji, które są przeze mnie zrozumiałe. Zostałem poinformowany o dostępnych metodach wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych wyżej, ryzyku z nimi związanym i powikłaniach, które mogą wystąpić w związku z ich udzieleniem, w tym o możliwości wystąpienia obrzęku, krwawienia, stanów zapalnych, utrudnionego gojenia się rany. Oświadczam, że lekarz wywiązał się z wszelkich obowiązków wynikających z przepisu art. 9 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisu art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

.....
Data udzielenia zgody

.....
podpis lekarza przyjmującego zgodę

.....
podpis osoby uprawnionej
do wyrażenia zgody

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 odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

.....PESEL

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

Nazwisko, imię pacjenta

Telefon Adres.....

Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

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

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

Czy choruje lub chorował(a) Pani(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,
ból 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, miastenia) TAK ☐ NIE ☐

choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy,
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(a) Pan(i) przetaczaną krew? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny:

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK ☐ NIE ☐

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK ☐ NIE ☐

Czy zażywa Pan(i) środki uspakajające, 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 ☐

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w mojej sytuacji zdrowotnej/ sytuacji zdrowotnej podopiecznego zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja,

Imię i nazwisko

PESEL

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

oświadczam, że upoważniam* (nie upoważniam nikogo*) Pana/-ią.....

Adres.....

tel.:

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/ stanie zdrowia podopiecznego* i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz w przypadku śmierci do uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby/ podopiecznego* oraz odpisów, wpisów i kopii tej dokumentacji medycznej gromadzonej i przechowywanej w Przychodni Stomatologicznej Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej Przychodni Stomatologicznej (Poradni Stomatologicznej/ Poradni Chirurgii Stomatologicznej*). Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni. Wyrażam zgodę na wykonanie w trakcie leczenia niezbędnych zdjęć rtg i cyfrowych, zdjęć fotograficznych dokumentujących poszczególne etapy leczenia

data

podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić