

PR-01-14 wyd. 1 z dnia 09.02.2012

**KARTA STOMATOLOGICZNA**

Imię ( Imiona ) i Nazwisko………………………………………………………………………………….………………….…

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………….........................

PESEL……………………………………………………………………………………………………………………..…

Imię ( Imiona) i Nazwisko przedstawiciela ustawowego małoletniego ……………………………………………….…………

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………….……………

|  |  |
| --- | --- |
| Do zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam / nie upoważniam \* | Imię i nazwisko, adres, telefon |
| Do uzyskania dokumentacji medycznej upoważniam / nie upoważniam \* | Imię i nazwisko, adres, telefon |
|  Wyrażam zgodę na badania diagnostyczne i leczenie w DENTOBUSIE. Zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam zgodę na wykonywanie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz wykonywania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia - określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji. Dane osobowe pacjentów są przetwarzane celem wypełniania obowiązków prawnych ciążących na Administratorze Danych Osobowych (NZOZ EURODENT Agnieszka Cimochowska z siedzibą w 15-704 Białystok ul. Al. Jana Pawła II 61C lok. U1) w postaci prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. C RODO i Art. 9 ust. 2 lit. H RODO w tym realizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2020 poz. 666 z późn.zm.). Pełna treść klauzuli informacyjnej RODO znajduje się w rejestracji. Mam prawo w dowolnym momencie wycofać powyższą zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. |
| Podpis rodzica/opiekuna prawnego ………………………………………………………Data…………………………………………...  |

\*niepotrzebne skreślić

**Badanie stomatologiczne jamy ustnej. Instruktaż higieny jamy ustnej.**

Błona śluzowa……………………………………………….Higiena………………………………………………..................

Węzły chłonne……………………………………………….Zgryz……………………………………………….....................

Migdałki……………………………………………………..Dolegliwości ze strony innych układów i narządów……….......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  | **V** | **IV** | **III** | **II** | **I** | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |  | **V** | **IV** | **III** | **II** | **I** | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** |