

## WYWIAD LEKARSKI DZIECKA

1. Imię

2. Nazwisko

3. PESEL

4. Ile razy było Państwa dziecko u dentysty?

nigdy       jeden raz       kilka razy

5. Jakie dotychczasowe doświadczenia miało Wasze dziecko w kontakcie z dentystą?

negatywne       neutralne       pozytywne

6. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było w szpitalu?

Tak       Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko przeszło zabieg chirurgiczny?

Tak - jaki   Nie

8. Czy u dziecka stwierdzono jakieś choroby?

Tak - jakie   Nie

astma oskrzelowa       choroby serca

cukrzyca       choroby tarczycy

9. Czy dziecko ma stwierdzoną alergię (uczulenia)?

Tak – jakie?.....  Nie

10. Czy dziecko było kiedykolwiek znieczulenie stomatologiczne?

Tak       Nie

Jak dziecko czuło się po znieczuleniu?.....

11. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?

Tak       Nie

Jakie?

Rozumiem, że powyższe informacje są niezbędne w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego w sposób najbardziej bezpieczny. Na wszystkie pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą. Zobowiązuję się też, że niezwłocznie poinformuję mojego lekarza dentystę o jakichkolwiek zmianach dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka lub zażywanych lekach.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz z Rozporządzeniem Europejskim i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie, z siedzibą przy ul. Warszawskiej 42, 05-555 Tarczyn.

W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) pod adresem: jarosinski76@gmail.com lub telefonicznie pod nr tel.: +48 505 221 882

.....  
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna