

ANKIETA MEDYCZNA

| | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy czuje się Pani/Pan ogólnie zdrowa/y? | Tak | Nie |
| 2. Czy aktualnie się Pani/Pan na coś leczy? Jeśli tak, to na co? | Tak | Nie |
| 3. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe) Jeśli tak, to jakie? | Tak | Nie |
| 4. Alergie / nadwrażliwość | | |
| a) Katar sienny | Tak | Nie |
| b) Astma | Tak | Nie |
| c) Nikiel | Tak | Nie |
| d) Inne (proszę wpisać na co jest Pani/Pan uczulona/y) | Tak | Nie |
| 5. Czy ma Pani/Pan skłonność do krwawień? | Tak | Nie |
| 6. Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca? | Tak | Nie |
| 7. Czy choruje Pani/Pan na którąś z następujących chorób: | | |
| a) Choroby serca (zawał, choroba wieńcowa, wady serca, arytmia, zapalenie mięśnia sercowego) | Tak | Nie |
| b) Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) | Tak | Nie |
| c) Choroby płuc (rozedma, zapalenia płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) | Tak | Nie |
| d) Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu) | Tak | Nie |
| e) Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa) | Tak | Nie |
| f) Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa, choroby jelit) | Tak | Nie |
| g) Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica, niewydolność) | Tak | Nie |
| h) Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) | Tak | Nie |
| i) Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, porażenia czucia, miastenia) | Tak | Nie |
| j) Utraty przytomności | Tak | Nie |
| k) Anemia | Tak | Nie |
| l) Choroby oczu (jaskra) | Tak | Nie |
| m) Choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, zmiany po złamaniach) | Tak | Nie |
| n) Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) | Tak | Nie |
| o) Zmiany nastroju (depresja, nerwica) | Tak | Nie |
| p) Choroba reumatyczna | Tak | Nie |
| q) Osteoporoza | Tak | Nie |
| 8. Czy choruje Pani/Pan na choroby zakaźne? | | |
| a) AIDS | Tak | Nie |
| b) Żółtaczką typu C | Tak | Nie |
| c) Żółtaczką typu B | Tak | Nie |
| d) Gruźlica | Tak | Nie |
| e) Żółtaczką typu A | Tak | Nie |
| f) Choroby weneryczne | Tak | Nie |
| 9. Czy choruje Pani/Pan na jakieś inne choroby/dolegliwości niewymienione powyżej? | | |

| | | |
|--|-----|-----|
| 10. Czy dobrze znosi Pani/Pan znieczulenie stomatologiczne? | Tak | Nie |
| 11. Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? | Tak | Nie |
| 12. Czy pali Pan(i) tytoń? Jeśli tak to ile i od kiedy? | Tak | Nie |
| 13. Czy pije Pan(i) alkohol? | Tak | Nie |
| 14. Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające/nasenne/narkotyki? | Tak | Nie |

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, iż zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (dalej jako: „RODO”, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Ankiecie Medycznej, w tym danych szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych), o których mowa w art. 9 RODO przez Administratora danych osobowych, tj. (Centrum Medyczne E., P. Sierko S.C Legionowa 3/46, 15-099 Białystok, PL) oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych oraz aplikacjach wykorzystywanych przez Administratora, w tym w aplikacji FELG Dent - w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu.

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. Zostałem/am również poinformowany/a o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, w tym w szczególności, że dane zbierane są przez (Centrum Medyczne E., P. Sierko S.C Legionowa 3/46, 15-099 Białystok, PL) - Administratora danych osobowych, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te mogą być udostępniane innym podmiotom.

Data

Podpis pacjenta / Opiekuna
(Podpisano z autoryzowanej aplikacji dla pacjenta)