Gabinet / pieczątka

Wywiad Medyczny i Zgoda Stomatologiczna

Dane klienta

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Telefon

Data

KARTA ZDROWIA PACJENTA / ZGODA NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE

Ważne przeciwwskazania — poinformuj lekarza przed zabiegiem

- Bisfosfoniany (ryzyko martwicy kości szczęki — OBOWIĄZKOWO poinformować!)
- Rozrusznik serca lub sztuczne zastawki
- Hemofilia i zaburzenia krzepnięcia krwi
- Ciąża (szczególnie I i III trymestr — znieczulenie ostrożnie)
- Alergia na Lignocainę / Artykainę (środki znieczulające)
- Aktywna opryszczka w jamie ustnej lub okolicach
- Stosowanie antykoagulantów (Acard, Xarelto, Warfin, Eliquis)
- Zawał lub udar w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- Choroby autoimmunologiczne (RZS, Sjögren)

WYWIAD ZDROWOTNY — wypełnienie obowiązkowe. Zatajenie informacji może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta.

Choroby serca (zawał, nadciśnienie, wady zastawek, choroba wieńcowa) lub zawał/udar w ciągu ostatnich 6 miesięcy? ☐ Tak ☐ Nie

Rozrusznik serca lub sztuczne zastawki? ☐ Tak ☐ Nie

Choroby krwi (anemia, hemofilia, zaburzenia krzepnięcia)? ☐ Tak ☐ Nie

Cukrzyca, choroby tarczycy, astma oskrzelowa? ☐ Tak ☐ Nie

Choroby zakaźne (WZW typu B/C, HIV, gruźlica)? ☐ Tak ☐ Nie

Ciąża? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli TAK — tydzień ciąży

Alergie na leki / lateks / metale (podać jakie lub wpisz BRAK)

Leki przeciwzakrzepowe (Acard, Xarelto, Warfin, Eliquis)? ☐ Tak ☐ Nie

☐ OSTEOPOROZA / Bisfosfoniany — zatajenie grozi martwicą kości szczęki!

Reakcja alergiczna na znieczulenie miejscowe w przeszłości? ☐ Tak ☐ Nie

Lista przyjmowanych leków na stałe

ZGODA NA LECZENIE — Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie badania jamy ustnej, podanie znieczulenia miejscowego, wykonanie diagnostyki RTG oraz realizację proponowanego planu leczenia stomatologicznego. Zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a przez lekarza o planowanym zabiegu, możliwych powikłaniach, alternatywnych metodach leczenia oraz szacowanych kosztach. Wszystkie podane przeze mnie informacje zdrowotne są zgodne z prawdą.

☐ *Wyrażam zgodę na wykonanie zaleconych zdjęć RTG. Zostałem/am poinformowany/a o stosowaniu promieniowania jonizującego w celach diagnostycznych, co wiąże się z minimalnym ryzykiem dla zdrowia.*

☐ *Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego i podanie znieczulenia miejscowego (Ustawa o prawach pacjenta)*

☐ *Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją o przetwarzaniu moich danych zdrowotnych w celach diagnostyczno-terapeutycznych*

Podanie danych kontaktowych jest warunkiem niezbędnym do sprawnej realizacji planu leczenia. Gabinet zastrzega sobie prawo do kontaktu w celach terapeutycznych i organizacyjnych (art. 6 ust. 1 lit. b oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO).

☐ *Wyrażam zgodę na kontakt marketingowy (newsletter, akcje profilaktyczne, promocje) — zgoda dobrowolna, można wycofać w dowolnym momencie*

OŚWIADCZENIE RODO — Potwierdzam, że zapoznałem/am się z informacją, iż administratorem moich danych jest _____ z siedzibą: _____, NIP: _____. Moje dane zdrowotne przetwarzane są w celach diagnostyczno-terapeutycznych (art. 9 ust. 2 lit. h RODO) i będą przechowywane przez 20 lat na podstawie ustawy o prawach pacjenta. Przysługuje mi prawo dostępu, sprostowania, usunięcia danych oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Data

Podpis pacjenta (wywiad zdrowotny, zgoda na leczenie i RODO)

Zalecenia po ekstrakcji / chirurgii stomatologicznej

ZALECENIA PO EKSTRAKCJI / CHIRURGII — Przeczytaj i potwierdź każdy punkt. Nieprzestrzeganie może skutkować powikłaniem wymagającym ponownej wizyty.

1. TAMPON: Zagryzać przez 30–40 minut nie wypluwając. Mały sącz przez kilka godzin jest normalny. Jeśli krwawienie trwa dłużej niż 1h — nowy tampon i kontakt z gabinetem.

- [ ] Rozumiem instrukcję zgryzania tamponu i wiem kiedy skontaktować się z gabinetem

2. JEDZENIE: Nie jeść i nie pić przez 2h (do ustąpienia znieczulenia). Przez 24h: zimna i miękka dieta (jogurt, zupa). Unikać gorących napojów.

- [ ] Zobowiązuję się nie jeść przez 2h i stosować zimną, miękką dietę przez 24h po zabiegu

3. BEZWZGLEDNY ZAKAZ przez 24-48h: palenie papierosów, picie przez słomkę, intensywny wysiłek fizyczny, płukanie ust. Każda z tych czynności może wywołać zapalenie suchego zębodołu — skrajnie bolesny stan wymagający ponownego zabiegu.

- [ ] Rozumiem i zobowiązuję się bezwzględnie unikać palenia, picia przez słomkę i intensywnego wysiłku przez minimum 24h

4. HIGIENA: Myć zęby normalnie omijając miejsce zabiegu. Od dnia następnego: delikatne płukanie solanką po jedzeniu. Unikać płukanek z alkoholem.

- [ ] Rozumiem instrukcję mycia zębów i płukania ust po zabiegu chirurgicznym

5. LEKI: Przyjmować leki przeciwbólowe / antybiotyk zgodnie z zaleceniem lekarza. Unikać Aspiryny (nasila krwawienie). W razie nasilającego się bólu po 3. dniu — natychmiastowy kontakt z gabinetem.

- [ ] Przyjmę leki zgodnie z zaleceniem i skontaktuję się z gabinetem, jeśli ból nasili się po 3. dniu

Data

Podpis pacjenta (odbiór zaleceń poekstrakcyjnych)