

ANKIETA INFORMACJI O PACJENCIE MAŁOLETNIM

Pragniemy poinformować, iż podane przez Państwa poniższe dane są objęte tajemnicą lekarską

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko Pacjenta (dziecka):

PESEL Pacjenta (dziecka):

1. Czy dziecko boli zęby?

2. Czy dziecko leczy się na jakąś chorobę?

Jaką?

3. Czy dziecko zażywa jakieś leki?

Jakie?

4. Czy dziecko jest na coś uczulone?

Leki?

Inne?

5. Czy dziecko jest pod opieką/kontrolą: kardiologa, nefrologa, laryngologa, endokrynologa, etc?

6. Czy dziecko jest pod opieką/kontrolą ortodonta?

7. Jeśli tak to w jakim zakresie (właściwe podkreślić)?

a. obserwacja

b. aparat ruchomy

c. aparat stały

8. Czy w ciągu ostatnich dwóch lat dziecko przebywało w szpitalu?

Dlaczego?

9. Czy u dziecka występuje silny odruch wymiotny?

10. Czy dziecko ma skłonności do nadmiernych krwawień?

11. Czy dziecko było poddane zabiegom (właściwe podkreślić)?

a. operacji kardiochirurgicznej

b. operacji neurochirurgicznej

c. chemioterapii

d. radioterapii

e. leczenia sterydami

12. Czy istnieje taka możliwość, że dziecko jest w ciąży?

13. Czy występowały bądź występują u dziecka następujące choroby (właściwe podkreślić):

choroby nowotworowe, choroby serca, choroby krwi, hemofilia, choroby tarczycy, cukrzyca, astma, padaczka, jaskra, żółtaczkę (HCV, HBV, HAV), narkomania, AIDS?

14. Czy u dziecka występowały lub występują zaburzenia integracji sensorycznej, opozycyjno-buntownicze lub inne zaburzenia emocjonalne (właściwe podkreślić)?
15. Czy zdiagnozowano u dziecka: zaburzenia należące do spektrum autyzmu, Aspergera, ADHD, etc. lub jest prowadzona diagnostyka w kierunku tych chorób (właściwe podkreślić)?
16. Czy dziecko jest pod kontrolą/opieką pedagoga, psychologa, psychiatry dziecięcego, fizjoterapeuty, logopedy, etc.?
.....
17. Czy jest to pierwsza wizyta dziecka u stomatologa?.....
18. Jeśli nie, to jakie zabiegi miało dziecko wykonywane: badania, profilaktyka, leczenie, ekstrakcje (usunięcie) zębów, znieczulenie miejscowe/ogólne (właściwe podkreślić)?
19. Jak Pani/Pan ocenia współpracę dziecka w gabinecie stomatologicznym?
bardzo dobra/dobra/zła/trudno powiedzieć (właściwe podkreślić)
20. Czy u dziecka występuje lęk stomatologiczny?.....
21. Jeśli tak, to jaki jest szacunkowy poziom lęku wg Pani/Pana?
niski/średni/wysoki/trudno powiedzieć (właściwe podkreślić)

Oświadczam, że powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe a podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawdziwe. Każdą zmianę w stanie zdrowia mojego dziecka zobowiązuję się zgłosić lekarzowi przy kolejnej wizycie.

.....
Data i podpis lekarza prowadzącego

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

ZGODA NA LECZENIE PACJENTA MAŁOLETNIEGO

w Lecznicach Citomed Sp. z o.o.

Ja,

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zabiegi stomatologiczne z zakresu: profilaktyki, leczenia zachowawczego, ekstrakcji zębów, zdjęć RTG u mojego syna/córki.

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL dziecka

.....
Data i podpis lekarza prowadzącego

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego