**Oświadczenie pacjenta**

Ja niżej podpisany …………………………………………………………………………………………………………………………….

 *(imię, nazwisko i pesel opiekuna)*

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania/udzielenie świadczenia zdrowotnego w

***NZOZ Stomatologia Dziecięca i Ogólna Bożena Małysiak-Mrozek, Zabrze ul. Góry św. Anny 19***

*u mojego dziecka ……………………………………………………………………………………………………………………………..*

 *(imię i nazwisko i PESEL)*

 ………………………………………………………………………..

 *(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Oświadczam,** że upoważniam Panią/Pana …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 *(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)*

do:

\* - otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

\* - uzyskiwania jego dokumentacji medycznej i jej odbioru

 ………………………………………………………………………..

 *(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Wyrażam zgodę na wykonanie przeglądu i lakierowania zębów u mojego dziecka**

 ………………………………………………………………………..

 *(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich *rodzica/opiekuna prawnego* danych osobowych:

Nr telefonu ……………………………..w celu informowania o wizytach telefonicznie lub za pomocą SMS

*Administratorem danych osobowych jest NZOZ Stomatologia Dziecięca i Ogólna, Bożena Małysiak-Mrozek, Zabrze ul. Góry św. Anny 19. Dane nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne. Pacjent ma prawo wglądu, poprawiania i usunięcia danych.*

*Obowiązkiem Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego (rodzica/opiekuna prawnego) jest aktualizowanie wszelkich danych.*

 ………………………………………………………………………..

 *(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

* *- niepotrzebne skreślić*

***WYWIAD Z PACJENTEM ………………………………………….***

***(miejscowość, data)***

*Nazwisko*………………………………………………………. *Imię*…………………………………………………

*Data urodzenia………………………………………………*

*PESEL DZIECKA……………………………………………… Telefon …………………………………………………*

*Czy dziecko choruje na niżej wymienione choroby? (Proszę zaznaczyć X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Rodzaj*** | ***TAK*** | ***NIE*** |  | ***Rodzaj*** | ***TAK*** | ***NIE*** |
| *Choroby serca* |  |  |  | *Choroby płus* |  |  |
| *Choroby wątroby* |  |  |  | *Alergia/Astma* |  |  |
| *Choroby tarczycy* |  |  |  | *Padaczka* |  |  |
| *Choroby żołądka/jelit* |  |  |  | *Cukrzyca* |  |  |
| *Choroby nowotworowe* |  |  |  | *Nadciśnienie* |  |  |
| *Choroby nerwowe* |  |  |  | *Wirusowe zapalenie wątroby* |  |  |
| *Choroby stawów* |  |  |  | *Zaburzenia krzepnięcia krwi* |  |  |
| *Choroby krążenia* |  |  |  | *Szczepienie p-WZW* |  |  |
| *Choroby nerek* |  |  |  | *AIDS/HIV* |  |  |
| *Inne choroby* |  |  | *Jakie?* |
| *Czy wystąpiła utrata przytomności?* |  |  | *Powód:* |
| *Przyjmowane lekarstwa:* |  |

 ………………………………………………………………………..

 *(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*

* *- niepotrzebne skreślić*