



Anamnézis kérdőív, COVID nyilatkozat, GDPR hozzájáruló, Általános betegájékoztató

Név:	Pálmai Krisztina	TAJ:	123456788
Született:	1980.05.10.		
Lakcím:	2316 Szigethalom Gyár út 65. /1.f		
Telefon:	+36205197511	E-mail:	pcb@telcomtec.hu

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi/szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb ellátásban részesülhessen. A megfelelő választ jelölje be. Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi! A rendelő tájékoztatóját elolvastam és tudomásul vettem. Egyúttal kijelentem, hogy minden beavatkozás előtt felvilágosítást várok állapotomról, a kezelési lehetőségekről, a várható eredményekről és az anyagi költségekről. Amennyiben alá vettem magam az egyes kezeléseknél, az egyben jelzi kérésemet a beavatkozás elvégzésére. Az egészségi állapotomban történt változásokról kezelőorvosomat tájékoztatom. Tisztában vagyok azzal, hogy a visszarendelt kontrollok a sikeres munkához elengedhetetlenek, ezért az orvos által visszarendelt kontrollokon készségesen megjelenek, amelyek az elkészült fogpótlások garanciáját jelenti. (Min 1/2 évente) Tudomásul veszem, hogy amennyiben az előre egyeztetett kezelés időpontját a kezelés napján lemondom úgy készenléti díjat (8.000Ft) fizetek meg a kezelő orvos részére. Az Adatvédelmi tájékoztatót, szabályzatot elolvastam, elfogadom.

ANAMNÉZIS KÉRDŐÍV

	IGEN	NEM		IGEN	NEM
Hajlamos-e ájulásra?		X	Szenved-e Ön: cukorbetegségben?	X	
Magas-e a vérnyomása?		X	véralvadási zavarban?		X
Alacsony-e a vérnyomása?	X		vérkeringési zavarokban?		X
Egyéb vérkeringési zavarról tud-e?		X	pajzsmirigy problémákban?		X
Tud-e szívbetegségről?		X	reumás betegségben?	X	
szívfejlődési rendellenességről?		X	tüdőbetegségben?		X
műbillentyű beültetéséről?		X	vesebetégben?		X
szívbelhártya gyulladásáról?		X	emésztőrendszeri betegségben?	X	
szívműtétről?		X	idegrendszeri betegségben?		X
Van-e pészmeke?		X	immunhiányos betegségben?		X
Volt-e csípő- vagy egyéb protézis műtete?		X	HIV pozitív fertőzésben?		X
Áll-e orvosi vagy kórházi kezelés alatt?		X	Más fertőző betegében?		
Az elmúlt 3 évben volt súlyos betegsége?		X	Hepatitis		X
Hölgyeknek: jelenleg terhes-e?		X	TBC		X
Milyen gyógyszereket szed jelenleg? Aspirin			Milyen egyéb betegségeiben szenved?		
Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás, vagy panaszt okozott a szedése?	X		Vannak-e allergiás panaszai? (fémek is!)	X	
Ha igen, melyek ezek? Penicillin			Ha igen, mire allergiás? Pollen		
Átesett-e daganatos betegségen?		X	Kapott-e sugárkezelést?		X
Kapott-e kemoterápiás kezelést?		X	Szed-e Syncumar, vagy más nevű véralvadást befolyásoló szert?		X
Szed-e biszfoszfonát, vagy más gyógyszert csonttritkulás kezelésére?		X	Mikor volt utoljára fogorvosnál? 2022.12. hó		
Szokta-e csikorgatni a fogait?	X		Dohányzik?	X	
			Fogyaszt-e rendszeresen szeszes italt?		X



COVID-19 KÉRDŐÍV és NYILATKOZAT

		IGEN	NEM
1.	Az elmúlt 2 hétben volt-e láza?		X
2.	Az elmúlt 2 hétben bármikor volt-e köhögése vagy egyéb légúti tünete?	X	
3.	Az elmúlt 2 hétben érzett-e gyengeséget, végtagfájdalmat vagy egyéb influenzaszerű tünetet?		X
4.	Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne?		X
5.	Találkozott-e igazolt COVID-19 fertőzöttel?		X
6.	Találkozott olyannal, aki házi karanténban van? (A kérdésre IGEN válasz nem veti fel a koronavírus fertőzés gyanúját)		X

ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS

Aláírással visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő

		IGEN	NEM
1.	Hozzájárulok, hogy a rendelőben rögzített elektronikus aláírást kizárólag az érintett dokumentummal együtt, attól elválaszthatatlanul tárolják	X	
2.	Hozzájárulok, hogy részemre a kezeléseimre érintő E-mail és SMS időpont emlékeztető értesítéseket küldjenek	X	
3.	Hozzájárulok, hogy részemre a nyújtott szolgáltatásokhoz kapcsolódó, személyemet is érintő hírleveleket, értesítéseket küldjenek		X
4.	Hozzájárulok, hogy kezeléseimhez kapcsolódva vizuális prezentáció céljából röntgen, fotó és videó felvételek készüljenek	X	
5.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem NEM felismerhető, Adatkezelő szakmai fórumokon prezentálja	X	
6.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem FELISMERHETŐ, Adatkezelő szakmai fórumokon prezentálja		X
7.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem NEM felismerhető, Adatkezelő a nyilvánosan elérhető honlapján megjelenítse	X	
8.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem FELISMERHETŐ, Adatkezelő a nyilvánosan elérhető honlapján megjelenítse		X
9.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem NEM felismerhető, Adatkezelő a nyilvános közösségi médiákban megjelenítse	X	
10.	Hozzájárulok, hogy felvételeimet, ha a személyem FELISMERHETŐ, Adatkezelő a nyilvános közösségi médiákban megjelenítse		X

[T:ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS: jelen nyilatkozatomban hozzájárulok ahhoz, hogy a DentalShine Fogászat 1065 Budapest, Andrásy u. 24/C. II. em., mint Adatkezelő adatkezelési tájékoztatójában foglaltak szerinti személyes adataimat kezelje, a kezeléshez szükséges ideig tárolja, valamint e körben munkavállalóival a szükséges mértékben ismertesse. A hozzájárulásomat bármikor, ingyenesen, azonnali hatállyal és indoklás nélkül visszavonhatom az alábbiak szerint:

- postai úton a rendelő címére megküldött nyilatkozattal; vagy
- a info@telcomtec.hu címre megküldött nyilatkozattal.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét, valamint a Rendelő jogszabályi kötelezettségéből fakadó adatmegőrzési kötelezettségét.

Kifogásom esetén jogom van panaszt benyújtani a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz (1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c Telefon: +36 1/391-1400 E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu web: www.naih.hu



A hozzájárulás megadása semmilyen vonatkozásban nem képezi előfeltételét az Adatkezelővel történő szerződéses jogviszony létesítésének, ez attól teljesen független. A hozzájárulás megadásának megtagadása, vagy a fentebb ismertetett jogok gyakorlása semmilyen (jog)következéssel nem jár.

Tudomásul veszem, hogy saját személyes adataim kezelésének korlátozása vagy megadásuk megtagadása akadályozhatják az egészségügyi feladatok elvégzését.

BETEGTÁJÉKOZTATÓ

BETEGTÁJÉKOZTATÓ – KÉRJÜK OLVASSA EL a tájékoztatót, a kezelések során esetlegesen fellépő kockázatok megismerésére.

ÉRZÉSTELENÍTÉS rövid idejű fájdalom, átmeneti anaemiás folt az arcon, szívdobogás, vérömleny keletkezése, allergiás reakció, várt hatás elmaradásakor ismételt érzéstelenítés, sokk, ájulás

FOGSZABÁLYOZÁS: gyökérfelszívódás, csontpusztulás, meglévő csont- és ínnyulladás felerősödése, fogszuvasodás, foltos zománc, állkapocsízületi gyulladás, dysfunctio (működési rendellenesség), fogbélgyulladás, fogbél elhalás

FOGKŐ ELTÁVOLÍTÁS nyálkahártya sérülése, aspiratio, krónikus fogágybetegség esetén a fogak elvesztése (szakszerű és rendszeres kezelés ellenére is)

TÖMÉS lágyszövetek sérülése, elvékonyodott zománcréteg letörése, fogtörés, fogelhalás (szükségszerű gyökérkezelés)

GYÖKÉRKEZELÉS aspiratio, utófájdalom, duzzanat, fogtörés, tú beletörése, anatómiai okok (szűk, görbe csatorna) vagy régi és elégtelen gyökértömés miatti műtéti resectio, illetve esetleges fogeltávolítás, antibiotikumok szedése.

FOGELTÁVOLÍTÁS utófájdalom, gyulladás, duzzanat, bevérzés.

FOGPÓTLÁS lágyszövetek sérülése, csiszolt fogak esetleges elhalása miatti gyökérkezelés, lenyomatvételi nehézségek (hányinger, hányás, aspiratio) ideiglenes hidak törése, lemozdulása, lenyelése, fém pótlások esetén allergiás reakció.

KIVEHETŐ FOGPÓTLÁS lenyomatvételi nehézségek, műanyaggal szemben fellépő allergiás reakció, nyálkahártya sérülése.

FOGFEHÉRÍTÉS nyálkahártya felmaródása, allergiás reakció, átmeneti fognyaki érzékenység.

Felhívjuk a figyelmét arra, hogy a fenti kezelések nagy része többfázisú kezelés sorozat. Nagyon fontos, hogy kezelőorvosánál a meghatározott időpontokban jelenjen meg, mert csak így garantálható a kezelés sikeressége.

Amennyiben megszakítja a kezelést, nem tudunk felelősséget vállalni a sikeres gyógyulásért.

A kezelés kockázatairól és mellékhatásairól megfelelő tájékoztatást kaptam, tudomásul veszem és kérem a kezelés megkezdését. Kérem, aláírásával szíveskedjen igazolni, hogy a fentiekben leírtakat tudomásul vette és a kezelést elfogadja.]

Kelt: Budapest, **2023.04.20**

Páciens aláírása:

Rendelő részéről:

.....
Pálmai Krisztina