**WYWIAD LEKARSKI DZIECKA**

1. Imię

2. Nazwisko

3. PESEL

4. Ile razy było Państwa dziecko u dentysty?

nigdy jeden raz kilka razy

5. Jakie dotychczasowe doświadczenia miało Wasze dziecko w kontakcie z dentystą?

negatywne neutralne pozytywne

6. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było w szpitalu?

Tak Nie

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko przeszło zabieg chirurgiczny?

Tak - jaki Nie

8. Czy u dziecka stwierdzono jakieś choroby?

Tak - jakie Nie

astma oskrzelowa choroby serca

cukrzyca choroby tarczycy

9. Czy dziecko ma stwierdzoną alergię (uczulenia)?

Tak – jakie?....................................................... Nie

10. Czy dziecko było kiedykolwiek znieczulenie stomatologiczne?

Tak Nie

Jak dziecko czuło się po znieczuleniu?........................................................

11. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?

Tak Nie

Jakie?

Rozumiem, że powyższe informacje są niezbędne w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego w sposób najbardziej bezpieczny. Na wszystkie pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z prawdą. Zobowiązuję się też, że niezwłocznie poinformuje mojego lekarza dentystę o jakichkolwiek zmianach dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka lub zażywanych lekach.

Zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
z 2018 r. poz. 1000) oraz z Rozporządzeniem Europejskim i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie, z siedzibą przy ul. Warszawskiej 42, 05-555 Tarczyn.

W sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi prosimy kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) pod adresem: jarosinski76@gmail.com lub telefonicznie pod nr tel.: +48 505 221 882

………………………………………………………………………

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna