



DETSKÝ ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Správne odpovede na nasledujúce otázky nám pomôžu pri starostlivosti o ústne zdravie Vášho dieťaťa.

Meno, Priezvisko:

Dátum narodenia:

Vek:

Hmotnosť

kg

Prečo momentálne potrebuje Vaše dieťa zubné ošetrovanie/vyšetrenie?

Označte prosím správnu odpoveď alebo odpoveď vypíšte

áno / nie

áno / nie

1. Je Vaše dieťa momentálne zdravé ?

2. Lieči sa momentálne na nejaké ochorenie?

Ak áno,
na čo sa lieči?

3. Bolo Vaše dieťa niekedy hospitalizované
v nemocnici alebo malo vážne ochorenie?

Ak áno,
vysvetlite:

4. Bolo už Vaše dieťa niekedy operované?

zákrok dátum

5. Vyskytli sa pri predošlých anestéziách
komplikácie, resp. zvláštne udalosti
v súvislosti s anestéziou?

Ak áno,
aké?

6. Bolo Vaše dieťa ošetrované v sedácii pri
vedomí? (Midazolam, Dormikum, premedikácia)

7. Je Vaše dieťa očkované?

8. Je Vaše dieťa alergik alebo
malo reakciu na nasledovné?

áno / nie

Lokálna anestézia

Sedatíva

Acylpyrin

Analgetiká

Penicilín/ iné antibiotiká

aké:

Iné alergie

aké:

9. Užíva Vaše dieťa nejaké lieky?

Ak áno,
vypíšte aké:

10. Má Vaše dieťa nasledujúce zdravotné problémy?

Astma/senná nádcha

Pretrvávajúca teplota

Vysoký/nízky krvný tlak

Vrodené srdcové vady

Reumatická horúčka

Iné srdcové problémy

Aké:

Problémy s akné

Problémy s dutinami, dýchaním

Žltáčka

Pálenie pri močení

Zápaly močových ciest

Zvýšené tvorenie modrín

Ochorenia krvi

Aké:

Cievne ochorenia

Cukrovka

Ochorenie štítnej žľazy

Epileptické záchvaty

Psychiatrická diagnóza (autizmus, hyperaktivita apod.)

Aké:

Onkologické ochorenie

Aké:

HIV pozitivita

11. Ďalšie vyššie neuvedené ochorenia – vypíšte aké:

12. Kto je ošetrojúcim (detským obvodným) lekárom Vášho dieťaťa?
meno
sídlo praxe
tel. číslo

13. Je v zdravotnom stave Vášho dieťaťa niečo ďalšie, čo si myslíte, že by sme mali vedieť ?

HISTÓRIA ZUBNEJ STAROSTLIVOSTI

U koľkých zubných lekárov bolo Vaše dieťa doteraz?

Dátum posledného zubného ošetrenia/vyšetrenia:

Čo sa robilo?

Aká bola spolupráca?

Bola dieťaťu podaná lokálna anestézia ("injekcia na uspatie zubu")? áno / nie

Býva dieťa nervózne z ošetrenia u zubného lekára? áno / nie / trochu

	áno / nie		áno / nie		áno / nie
Cmúľanie palca/prstov	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nosilo dieťa strojček?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Citlivosť na zahryznutie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Prihrýzanie jazyka/pery	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Praskanie v kĺbe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Škrípanie, zatínanie zubov	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hryzenie nechtov	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Citlivosť na horúce	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Zmeny v hryze	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Pľuzgier v ústach/pery	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Citlivosť na chladné	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ťažkosti s otvorením/ zatvorením čelustí	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Vyrážky v ústach	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Citlivosť na sladké	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		

ZUBNÁ HYGIENA

Zubná kefka: klasická
 sonická
 rotačná

Používate nasledovné? áno / nie
Dentálna niť/šablíčka
Medzizubné kefy
Ústna voda
Jednozväzková kefka
Zubná pasta

Ako často má Vaše dieťa umyté zuby?

Dočistujete Vášmu dieťaťu zuby?
áno nie

Mali ste počas tehotenstva nejaké problémy?
(infekcie, rizikové tehotenstvo a pod.)

Mali ste počas pôrodu komplikácie? (predčasne narodený, pridusený, nízke apgar skóre a pod.)

Bolo Vaše dieťa dojčené?
Ak áno, ako dlho?

Kedy malo Vaše dieťa prvý mliečny zub? (približne)

Malo Vaše dieťa v minulosti úraz zubov? (natrhnutá uzdička na hornej pere, odlomenie zuba, narazenie brady...)

Vyskytujú sa vo Vašej rodine nejaké zubné anomálie – chýbajúce zuby, nadpočetné zuby a pod?

V prípade akýchkoľvek zmien v zdravotnom stave alebo v užívaní liekov, informujte, prosím, svojho ošetrojúceho zubného lekára.

Dátum:

Podpis zákonného zástupcu:

.....

.....

Dohoda o poskytovaní zubno-lekárskej zdravotnej starostlivosti

uzatvorená medzi:

Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti

Názov: Adam zubný lekár s.r.o.,

Sídlo: Rybany 81, 956 36 Rybany IČO 51768232 DIČ 2120786822

Adresa ambulancie: Janáčkova 2171/1, 811 08 Bratislava

E-mail: info@adamzubnylekar.sk, tel. kontakt: 0948 789 297 (ďalej len „Poskytovateľ“)

a

Pacientom

Meno, priezvisko (dieťaťa) :.....

Zákonný zástupca pri maloletom pacientovi.....

Trvalý pobyt:.....

Dátum narodenia:..... Rodné číslo:.....

Telefonický kontakt a e-mail:.....

(ďalej len „Pacient“)

v súlade s § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „Dohoda“).

I.

Pacient podpisom tejto Dohody ďalej potvrdzuje, že:

- ak nebude dodržiavať liečebný režim stanovený Poskytovateľom, **preberá všetky riziká** možných následkov
 - akceptuje záruku na zhotovené/odovzdané zdravotnícke pomôcky **dva roky** od dátumu ich zhotovenia/odovzdania Pacientovi
- bol informovaný o tom, že ak absolvuje v našej ambulancii zubného lekárstva každých šesť mesiacov dentálnu hygienu, záruka na zhotovené/odovzdané zdravotnícke pomôcky **je päť rokov** od dátumu ich zhotovenia/odovzdania Pacientovi
 - **súhlasí s cenovými podmienkami** určenými podľa cenníka Poskytovateľa.

II.

Poskytovateľ sa s Pacientom ďalej dohodli, že v prípade, ak sa pacient nebude môcť dostaviť v dohodnutom termíne na ošetrenie, oznámi túto skutočnosť najneskôr do 24 hodín pred daným termínom alebo s ohľadom na okolnosti bezodkladne Poskytovateľovi. V prípade, ak sa pacient bez ospravedlnenia alebo bez existencie objektívnych okolností nedostaví na určený termín, súhlasí podpisom tejto dohody, že uhradí poskytovateľovi za každé takéto nedostavenie sa poplatok vo výške 50 €.

V Bratislave, dňa, čas:.....

.....

MDDr. Adam Mikuš
Konateľ Adam zubný lekár s.r.o.

.....

Pacient/zákonný zástupca

Informácie o spracovaní a uchovávaní osobných údajov

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EU) 2016/679 zo dňa 27. 4. 2016, **všeobecného nariadenie o ochrane osobných údajov (GDPR)** pacient vyhlasuje, že svojím podpisom súhlasí so spracovávaním osobných údajov, ktoré dobrovoľne poskytol/a v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Zároveň tento súhlas udeľuje na kopírovanie, skenovanie alebo iné zaznamenávanie osobných údajov na nosič informácií v ambulancii zubného lekárstva.

Vyjadruje súhlas s formou spracovania osobných údajov, ktoré sa budú spracovávať manuálne, ako aj s pomocou prostriedkov výpočtovej techniky a budú ich spracovávať osoby alebo subjekty osobitne na to poverené a vyškolené. Osobné údaje pacienta budú v ambulancii zubného lekárstva bezpečne uchovávané v elektronickej alebo hmotnej forme s obmedzeným prístupom tretích osôb. Pacient sa zaväzuje bez zbytočného odkladu oznámiť v ambulancii zubného lekárstva každú zmenu svojich osobných údajov. Zároveň pacient prehlasuje, že bol oboznámený so všetkými skutočnosťami vyplývajúcimi zo zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov.

Súhlas je poskytnutý pacientom na dobu neurčitú.

Nižšie ešte uvádzame podstatné informácie, ktoré môžu byť pre Vás dôležité.

1. **Správcom a uchovávateľom Vašich osobných údajov je Adam zubný lekár s.r.o., so sídlom Rybany 81, 956 36 Rybany, IČO: 51768232. Pokiaľ máte akúkoľvek otázku ohľadne spracovania Vašich osobných údajov, môžete sa na nás obrátiť na e-mailovú adresu: info@adamzubnylekar.sk**
2. **Spracovávame a uchováваме tieto Vaše osobné údaje: meno, priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého bydliska, e-mail, telefónne číslo, informácie ohľadne Vášho zdravotného stavu uvedené v anamnestickom dotazníku a poskytnuté výkony v oblasti dentálnej hygieny, zubného lekárstva a dentoalveolárnej chirurgie**
3. **Vaše údaje spracovávame z dôvodu Vami udeleného súhlasu, a to pre plnenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**
4. **Ak ste nám udelili výslovný súhlas so spravovaním Vašich osobných údajov, môžete ho kedykoľvek odvolať**
5. **K Vaším osobným údajom majú prístup i ďalšie subjekty (spracovatelia), ktorí sú našimi zamestnancami a podieľajú sa na chode ambulancie zubného lekárstva. Tieto subjekty rovnako garantujú dodržiavanie štandardov ochrany podľa nariadenia GDPR, majú so správcom a uchovávateľom uzatvorené zmluvy o ochrane osobných údajov našich pacientov a boli oboznámení s novými vnútornými smernicami týkajúcich sa uvedenej problematiky**
6. **Osobné údaje zpracovávame v súlade s právnymi predpismi a to po nevyhnutne dlhú dobu, stanovenú zákonom o zdravotnej starostlivosti 576/2004 Z.z. a zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti 578/2004 Z.z**

Je Vaším právom sa na nás kedykoľvek obrátiť s akoukoľvek otázkou týkajúcou sa nami spracovávaných osobných údajov. Rovnako tak môžete požiadať o odstránenie či úpravu údajov. Rovnako máte právo požadovať, aby sme obmedzili spracovanie osobných údajov Vašej osoby.

Nami spracované údaje môžete taktiež preniesť k inému správcovi údajov – inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, s ktorým uzatvoríte zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Prenos týchto údajov je však možné vykonať zákonným spôsobom výhradne do rúk nového poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov mojej osoby, podľa vyššie stanovených podmienok, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

V Bratislave, dňa:, čas:.....

.....
podpis pacienta
zákonného zástupcu