

МОНИТОРИНГ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА АМБ. КАРТОН НА НОВ ПАЦИЕНТ ПОД 18 ГОДИНИ



Попълнената информация ще ни помогне да контролираме и подобрим качеството на предлаганите услуги към Вас като наш пациент.

Лични данни

ТРИ ИМЕНА НА ПАЦИЕНТА (ДЕТЕ):

Дата на раждане / ЕГН: ТЕЛЕФОН за контакт:

РОДИТЕЛ / настойник (име и фамилия):

АДРЕС на местоживеене (актуален):

(Посоченият телефон за контакт ще послужи за известяване при следващо посещение и обратна връзка при закъснение с повече от 15 мин или неявяване на планирания час в графика на лекаря по дентална медицина).

Е-МАЙЛ за изпращане на рентгенови снимки:

Допълнителна информация

Повод за посещението: Последно посещение при зъболекар:

Последен прием на храна: тази сутрин; днес на обяд; предходната вечер.

Откъде научихте за нас? От приятел / роднина / колега; От лекар; От Google търсачка;

От Facebook / Instagram реклама; Друг източник:

Медицинска история

В добро здравословно състояние ли е детето Ви? Да. Не.

Има ли АЛЕРГИИ? Да, към: Не.

Моля, отбележете, ако лекар Ви е информирал, че детето Ви има някое от следните ЗАБОЛЯВАНИЯ:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Сърдечен проблем | <input type="checkbox"/> Високо кръвно | <input type="checkbox"/> Диабет |
| <input type="checkbox"/> Астма /Белодробни проблеми | <input type="checkbox"/> Епилепсия | <input type="checkbox"/> Левкемия |
| <input type="checkbox"/> Чернодробна болест | <input type="checkbox"/> Бъбречна болест | <input type="checkbox"/> Хепатит – Тип |
| <input type="checkbox"/> Глаукома | <input type="checkbox"/> Туберкулоза | <input type="checkbox"/> ХИВ – вирус |
| <input type="checkbox"/> Хемофилия (продължително кървене) | <input type="checkbox"/> Други заболявания: | |

Специфични ЛЕКАРСТВА, които приема детето:

В момента детето приема ли АНТИБИОТИК:

ЛИЧЕН ЛЕКАР на детето Ви (име, фамилия и телефон):

Дентална история

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Счупване / травма на горна / долна челюст. | <input type="checkbox"/> Кървящи венци. |
| <input type="checkbox"/> Скърцане със зъби нощно време. | <input type="checkbox"/> Чувствителни зъби към топло / студено / кисело. |
| <input type="checkbox"/> Дентална рентгенова снимка на актуалния зъбен статус. <u>Моля, предайте снимката на рецепция.</u> | |

С подписа си по-долу аз,

гарантирам, че посочената от мен информация за детето ми е пълна и отговаря на действителността.

ДАТА: г.

РОДИТЕЛ / НАСТОЙНИК / ПОПЕЧИТЕЛ:

ИПСДП МЕГАДЕНТ ЛД ЕООД, рег.№ на ЛЗ: 2431122011, адрес на ЛЗ: гр. Стара Загора, ул. Антон Марчин № 51, тел.: 0886 12 89 89

ПОВЕРИТЕЛНО! Информацията в този документ, е притежание на ИПСДП Мегадент ЛД ЕООД. Съдържанието не може да бъде разпространявано без изричното съгласие на притежателя и подлежи на санкции по реда за защита на авторските права.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТ ПОД 18 ГОДИНИ ОТНОСНО ДИАГНОСТИЧНА И ЛЕЧЕБНА ДЕЙНОСТ



Денталната профилактика, диагностика и лечение са въпрос на личен избор и имат присъщи ограничения и рискове, които да имате предвид преди необходимите манипулации.

Поредица от фактори влияят върхи изхода на лечението

Съпътстващи заболявания: Те могат да повлияят хода на възпалителните и оздравителните процеси, протичащи в лицево-челюстната област. Необходими са регулярни профилактични прегледи при общопрактикуващ лекар на детето или съответен специалист, по възможност състоянията да са контролирани /диабетици, хипертоници и др./. Информирайте лекуващия дентален лекар за наличието на съпътстващи заболявания на детето преди започване на дентално лечение с цел предотвратяване на усложнения.

Вредни навици и парафункциите: Стискането и скърцането със зъби, стоенето и спането с отворена уста, дъвкането на необичайни предмети могат да компрометират резултатите от лечението – преждевременна загуба или счупване на obturation (пломба), ортопедични конструкции (корона, мост) и др.

Ортодонтските аномалии: Могат да компрометират естетичния резултат от ортопедични възстановявания. Понякога се налага съвместно лечение с ортодонт.

Проблеми с темпоромандибуларните стави (връзката на челюстите с черепната кост): Могат да възникнат преди, по време на и след проведеното лечение, когато проблемите в долночелюстната става са асимптоматични.

Преждевременна загуба на зъби: При здрави организми преждевременната загуба на зъби може да се дължи на анатомични особености, травми, временно намалена устойчивост на организма и идиопатични (неизвестни) причини.

Невитални зъби: Травмирани зъби с или без лечение могат да дадат усложнения и след като е минало много време. Такива зъби потъмняват, могат да се разместят значително - налага се да им се проведе кореново лечение.

Периодонтални проблеми: Възможно е такива да е имало преди и да се появят отново по време на самото лечение. Отличната орална хигиена и честите дентални прегледи са профилактика на такива усложнения.

Изходът на лечението се повлиява и от поведението на пациента, което е негова лична отговорност!

Съдействие: В повечето случаи значително подобрене на оралното здраве може да се постигне с активно и мотивирано съдействие на детето и родител/ите. Дълготното лечение или компрометираните резултати могат да произтекат от липсата на кооперативност.

Орална хигиена: Лошото миене на зъбите увеличава риска от усложнения при лечението. Отличната орална хигиена и подходящата диета с по-малко захари намаляват риска от кариес, бели петна /декалцификация/ и възпаление на венците. Необходими са профилактични прегледи за кариеси и професионално почистване на зъбите на всеки 3-6 месеца.

Консумация на агресивни за зъбите храни и течности: Прекалената консумация на големи по количество и честота приеми на сладки / натурални сокове, газирани напитки, чай, цитруси може да оцвети obturation и/или да създаде предпоставки за поява на кариеси.

Спазване на часа за посещение: Пропускането на часа за посещение при зъболекар води до обръкване в графика, което може да доведе до усложнения при лечението. При отмяна на час за лечение родител следва да ни извести (по телефон или e-mail) поне 48 часа преди запазения час, освен в случаите на спешен здравословен проблем или уважителна причина, придружена с документ. При неявяване на предварително запазен час за лечение без уважителна причина и неспазване на времето за своевременно известяване на екипа, при следващо посещение на детето следва родител да заплати **такса за пропуснато посещение или процент от стойността на планираното лечение за деня.**

Преди подписването на настоящата декларация и преди започване на дентален преглед, лекуващият лекар по дентална медицина ми предостави следната информация:

- Денталният преглед ще бъде извършен, за да се установи състоянието на съзъбието ми/ на детето ми.
- След извършване на прегледа ще ми бъде предоставена информация относно състоянието на зъбите и необходимостта от лечение и планиране на същото.
- С оглед предоставената информация давам съгласие да бъде извършен дентален преглед на детето ми.

В качеството ми на родител /настойник/попечител съм предупреден, че при установен дентален проблем, за който бъда уведомен след извършване на прегледа и при непредприемане на адекватно лечение:

- е възможно влошаване и усложняване на денталното здраве на пациента под 18 години;
- нося лична отговорност при отказ от лечение, непровеждане на лечение или преустановяване на вече започнало лечение;
- неявяването/неосигуряване на пациента под 18 години на определен от лекуващия дентален лекар час за преглед и/или лечение ще се смята за отказ от лечение, за последиците от който лечебното заведение не носи отговорност

С подписа си по-долу, аз, удостоверявам, че прочетох съдържанието на документа, разбирам, че провеждането на дентално лечение крие рисковете, създава ограничения и дискомфорт и съм съгласен/а да започне провеждането на такова на пациента под 18 години, чийто родител / настойник / попечител съм.

ПАЦИЕНТ (ПОД 18 ГОДИНИ): _____
(три имена)

РОДИТЕЛ / НАСТОЙНИК / ПОПЕЧИТЕЛ: _____
(име и фамилия)

ДАТА: _____ г. **РОДИТЕЛ / НАСТОЙНИК / ПОПЕЧИТЕЛ (подпис):** _____

ИПСДП МЕГАДЕНТ ЛД ЕООД, рег.№ на ЛЗ: 2431122011, адрес на ЛЗ: гр. Стара Загора, ул. Антон Марчин № 51, тел.: 0886 12 89 89

ПОВЕРИТЕЛНО! Информацията в този документ, е притежание на ИПСДП Мегадент ЛД ЕООД. Съдържанието не може да бъде разпространявано без изричното съгласие на притежателя и подлежи на санкции по реда за защита на авторските права.



ДЕНТАЛНА КЛИНИКА „БУШКАЛОВА“

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

на пациента относно осъществяването на
дентална диагностична и лечебна дейност

I. Част:

Долуподписаният/та.....

ЕГН/ID.....Тел./e-mail:.....

Настоящото информирано съгласие изразявам след проведена дискусия между лекуващият ми дентален лекар и мен като негов пациент/родител, настойник, попечител/лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето. Въз основа на своите законоустановени задължения, добрата медицинска практика и етично-моралните правила, лекуващия ми дентален лекар разговаря лично с мен, като ме информира на достъпен и разбираем за мен език в достатъчен обем и своевременно за установеното при прегледа ми здравословно състояние, денталния ми статус, характера на заболяването ми и необходимостта от лечение. Разясни ми целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати, прогнози, възможни рискове и ползи, свързани с предлаганите методи и подходи за диагностика и дентално лечение, както и за риска за здравето ми при отказ от лечение.

II. Част:

В качеството ми на:

- а) пациент
- б) родител/настойник/попечител на пациента:.....
- в) други лица по чл. 87, ал. 5, чл. 87, ал. 6, чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето:.....

Съм информиран/а лично от своя лекуващ дентален лекар д-р, при проведения ни разговор за всичко, касаещо моето здравословно състояние, диагноза и предлагано лечение, както и за обстоятелствата по т. I от Декларацията, на напълно разбираем за мен език, като имах възможност да задам въпроси и попитах всичко, което счетох за важно, за да взема своето информирано решение за денталното ми лечение. В тази връзка:

<i>Давам информирано съгласие:</i>	<i>Отказвам да бъда информиран (съгл. чл. 92, ал. 2 33)</i>	<i>Отказвам лечение:</i>
..... (имена на декларатор) (имена на декларатор) (имена на декларатор)
..... (подпис, дата) (подпис, дата) (подпис, дата)

III. Част:

В качеството ми на пациент /родител, настойник, попечител/ лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето, съм информирал своя лекуващ дентален лекар д-р..... за всички мои придружаващи заболявания, алергии и други специфики (ако има такива), касаещи моето здраве и са ми известни към момента, като не съм затаил/а и/или изменил/а каквато и да е информация, която ми е известна и касае моето състояние и здраве.

Съгласен съм (пациент / родител / настойник / попечител):

Лекар по дентална медицина:

.....
(подпис)

.....
(подпис)



ДЕНТАЛНА КЛИНИКА „БУШКАЛОВА“

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

на пациента за осъществяването на
дентална диагностична дейност

РЕНТГЕНОВА ДИАГНОСТИКА

на пациент под 18 години

Като родител / настойник / попечител на пациент под 18 години имате право да бъдете информиран/а за медико-диагностичното дентално (рентгеново) изследване, необходимо и назначено от лекуващия дентален лекар, за да вземете решение дали желаете то да бъде извършено.

Рентгеновото изследване е в полза на пациента. Ако откажете, това може да доведе до неточна диагноза, неправилно или непълно лечение. Ползите многократно надвишават рисковете. Не всички зъбни проблеми могат да бъдат диагностицирани с просто око. Има случаи, когато зъбите изглеждат напълно здрави. Чрез рентгеновото изследване може да се открият скрити проблеми и да се постави по-точна диагноза.

Накратко ползите са:

- Разкриване на кариес под стара obturation (пломба);
- Проследяване на междузъбните пространства;
- Откриване на възпалителни процеси в корените или около тях;
- Откриване загуба на костно вещество около зъбите;
- Яснота при ортодонтско лечение;
- Откриване на коренова резорбция.

При пациентите под 18 години зъбната снимка дава поглед на цялостното развитие на зъбите и челюстите. Основен недостатък е радиацията. Ежедневно ние приемаме доза радиация от естествения природен фон. Една рентгенова зъбна снимка се равнява на радиация приета от природния фон за 2-3 дни.

Рентгеново изследване на бременна жена не се извършва.

Дентални секторни рентгенови изследвания на жени в репродуктивна възраст се извършват само след като се впише датата на последния менструационен цикъл. -

Днес, на дата _____ г, аз, долуподписаният/та,

(три имена на родител / настойник / попечител)

удостоверявам с подписа си по-долу, че ми беше подробно обяснено от лекуващия лекар по дентална медицина и разбрах ползите и недостатъците от рентгеновото облъчване. За неясноти ми бе дадена възможност да задам въпроси и да получа съответните отговори. След възможност за обмисляне:

давам съгласието си като родител / настойник / попечител да бъде направена рентгенова снимка на пациента под 18 години с амб. картон №

(три имена на пациента под 18 години)

Съгласен съм (родител / настойник / попечител):

(подпис)

Лекар по дентална медицина, извършил изследването:

(подпис)

ИПСДП МЕГАДЕНТ ЛД ЕООД, рег.№ на ЛЗ: 2431122011, адрес на ЛЗ: гр. Стара Загора, ул. Антон Марчин № 51, тел.: 0886 12 89 89

ПОВЕРИТЕЛНО! Информацията в този документ, е притежание на ИПСДП Мегадент ЛД ЕООД. Съдържанието не може да бъде разпространявано без изричното съгласие на притежателя и подлежи на санкции по реда за защита на авторските права.