

МОНИТОРИНГ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА АМБ. КАРТОН НА НОВ ПАЦИЕНТ



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

Лични данни

ТРИ ИМЕНА НА ПАЦИЕНТА:

АДРЕС на местоживеење (актуален):

Дата на раждане / ЕГН: ТЕЛЕФОН за контакт:

(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-МАИЛ за изпращане на рентгенови снимки (при поискване):

Допълнителна информация

Професия: Повод за посещението:

Посочете кога е било последното Ви 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:

ВАШ БЛИЗЪК ЧОВЕК, на който да се обадим, в случай че Ви прилошее по време на посещение:

(Име, фамилия и телефон)

Медицинска история

В добро здравословно състояние ли сте? Да. Не.

Имате ли АЛЕРГИИ? Да, към: Не.

Пушач ли сте? Да. Пуша по цигари на ден. Не.

Моля, отбележете, ако лекар Ви е информирал, че имате 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 приемате:

ЛИЧЕН ЛЕКАР (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. Моля, <u>предайте снимката на рецепция.</u> | |

Допълнителна информация за жени

- В момента съм бременна. В месец.
- Употребявам хормонални медикаменти:

С подписа си по-долу аз,

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

ДАТА:

ПОДПИС НА ПАЦИЕНТА:

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 ПАЦИЕНТА 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 ВЛИЯТ 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 Вашия общопрактикуващ лекар или съответен специалист, по възможност състоянията да са контролирани /диабетици, хипертоници и др./. Информирайте Вашия дентален лекар за наличието на съпътстващи заболявания 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, протеза) 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 екзацербират по време на самото лечение. Отличната орална хигиена и честите дентални прегледи е 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 активното и мотивирано съдействие на пациента. Дългото 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 кока-кола, цитруси, кафе може да оцвети естетичните възстановявания, което компрометира тяхното качество.

Спазване на часа за посещение: Пропускането на часа за посещение при зъболекар води до объркване в графика, което може да доведе до усложнения при лечението. При отмяна на час за лечение пациентът 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 пациентът следва да заплати **такса за пропуснато посещение или процент (%) от стойността на планираното лечение за деня.**

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

- Денталният преглед ще бъде извършен, за да се установи състоянието на съзъбието 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 ми бъде извършен дентален преглед.

Като пациент съм предупреден, че при установен дентален проблем, за който бъда уведомен след извършване на прегледа и при непредприемане на адекватно лечение:

- Възможно е влошаване и усложняване на денталното ми здраве;
- Нося лична отговорност при отказ от лечение, непровеждане на лечение или преустановяване на вече започнато лечение;
- Неявяването ми на определен от лекуващия 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 такава.

ДЕКЛАРАТОР (ПАЦИЕНТ): _____

(три имена)

ДАТА:

ДЕКЛАРАТОР (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, лекуващият 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 счех 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>
..... <i>(имена на декларатор)</i> <i>(имена на декларатор)</i> <i>(имена на декларатор)</i>
..... <i>(подпис, дата)</i> <i>(подпис, дата)</i> <i>(подпис, дата)</i>

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.

Декларатор *(подпис)*:

Лекар по дентална медицина *(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 за осъществяването на
дентална диагностична дейност

РЕНТГЕНОВА ДИАГНОСТИКА

Като пациент имате право да бъдете информиран за медико-диагностичното дентално (рентгеново) изследване, необходимо и назначено от Вашия дентален лекар, за да вземете решение дали желаете то да бъде извършено.

Рентгеновото изследване е във Ваша полза. 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 точна диагноза.

Накратко ползите са:

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

При децата 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 секторна 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, с амб. картон №

(три имена на пациента)

Удостоверявам с подписа си, че ми беше подробно обяснено от лекуващия ми 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 да ми бъде направена дентална рентгенова снимка;

Съгласен съм (пациент): _____

(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.