

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 комуникация (при невъзможност за връзка по телефон):

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; От радио; От билборд; Друго:

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

Бременна съм в месец. Приемам хормонални медикаменти:

С ПОДПИСА СИ ПО-ДОЛУ, АЗ, ГАРАНТИРАМ, ЧЕ ПОСОЧЕНАТА ОТ МЕН ИНФОРМАЦИЯ Е ПЪЛНА И ОТГОВАРЯ НА ДЕЙСТВИТЕЛНОСТТА.

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.

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, КОИТО ВЛИЯТ ВЪРХУ 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 - 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, citrusи, кафе може да оцвети естетичните възстановявания, което компрометира тяхното качество.

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 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 започнало 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 ПОВЕЖДАНЕТО НА ТАКОВА.

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 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.

Декларатор (подпис):

Лекар по дентална медицина (подпис):



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.

Декларатор (съгласен съм): _____

(подпис)

Лекар по дентална медицина, извършил изследването: _____

(подпис)



ДЕНТАЛНА КЛИНИКА „БУШКАЛОВА“

6000 Стара Загора, ул. Антон Марчин № 51, тел.: 0882 618227, 0886 128989

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ФОТО И ВИДЕО ЗАСНЕМАНЕ

Аз, долуподписаният/а,

ЕГН _____

(три имена)

заявявам, че съм съгласен(на) да ми бъдат направени фотографски снимки и/или видео заснемане по време на посещението ми в лечебното заведение и/или студио за фото и видео заснемане на „ИПСДП МЕГАДЕНТ ЛД“ ЕООД, да бъдат приложени в амбулаторния картон и използвани за целите на лечението, да бъдат публикувани в интернет сайта на лечебното заведение, фейсбук и инстаграм страницата на лечебното заведение, както и на маркетинг и рекламни материали (печатни и дигитални) с цел споделяне на отзиви и/или добри практики и популяризиране на денталните услуги. При поискване мога да получа копие от фотографските и аудио-визуални произведения в дигитален формат по e-mail (или друг предпочитан от мен канал за комуникация) или на преносим (CD) носител.

Запознат съм с регламента GDPR за предоставяне и обработване на лични данни за целите на медицинската диагноза и документация.

Дата: г.

Декларатор:

(подпис)



ДЕНТАЛНА КЛИНИКА „БУШКАЛОВА“

6000 Стара Загора, ул. Антон Марчин № 51, тел.: 0882 618227, 0886 128989

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕДАВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ

Аз, долуподписаният/а,

ЕГН _____

(три имена)

давам съгласие моята лична здравна информация (лични данни, свързани със здравословно, както и всяка друга информация, съдържаща се в медицински рецепти, предписания, протоколи, удостоверения, образна диагностика, фото документирани и в друга медицинска документация), налична в „ИПСДП Мегадент ЛД“ ЕООД, с оглед продължаване на дентално лечение, да бъде предоставена на:

1. ЕТ „АИППДП Д-р Диана Бушкалова“;
2. Медико-дентален център „ЕСТЕТИКА“ ООД.

Основание за предоставяне на здравната информация - Чл. 28, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето:
Здравна информация може да бъде предоставяна на трети лица, когато лечението на лицето продължава в друго лечебно заведение.

Дата: Г.

Декларатор:

(подпис)