

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 / попечител (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-МАИЛ 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; От радио; От билборд; Друго:

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
(ЛИЦЕТО ПОД 18 ГОДИНИ) Е ПЪЛНА И ОТГОВАРЯ НА ДЕЙСТВИТЕЛНОСТТА.

ДЕКЛАРАТОР: _____
(три имена на родител / настойник / попечител)

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 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.

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 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 и след проведено 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 - 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, citrusи 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 объркване 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 информацията 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 започнато 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 ПОВЕЖДАНЕТО НА ТАКОВА НА ДЕТЕТО МИ (ПАЦИЕНТА ПОД 18 ГОДИНИ), ЧИЙТО РОДИТЕЛ / НАСТОЙНИК / ПОПЕЧИТЕЛ СЪМ.

ДЕКЛАРАТОР: _____
(три имена на родител / настойник / попечител)

ПАЦИЕНТ (ПОД 18 ГОДИНИ): _____
(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.....
(три имена на родител / настойник / попечител)

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:..... |

Информиран/а съм 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:

| Давам информирано съгласие: | Отказвам да бъда информиран (съгл. чл. 92, ал. 2 ЗЗ) | Отказвам лечение: |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|
| (име и фамилия 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 (родител / настойник / попечител):

Лекар по дентална медицина:

.....
(подпис)

.....
(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

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 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 загуба на костно вещество около зъбите;
- Яснота при ортодонтоско 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)

Декларатор (съгласен съм): _____

(подпис на на родител / настойник / попечител на пациент под 18 години)

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.



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)

като родител / настойник / попечител на

ЕГН _____

(три имена на пациент под 18 години)

заявявам, че съм съгласен(на) да бъдат направени на пациента под 18 години фотографски снимки и/или видео заснемане по време на посещенията 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 на родител / настойник /
попечител на пациент под 18 години)

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“

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)

като родител / настойник / попечител на

ЕГН _____

(три имена на пациент под 18 години)

давам съгласие здравната информация на пациента под 18 години (лични данни, свързани със здравословно, както и всяка друга информация, съдържаща се в медицински рецепти, предписания, протоколи, удостоверения, образна диагностика, фото документиране 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 на родител / настойник /
попечител на пациент под 18 години)

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.