

ANKIETA O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić **wątpliwości z lekarzem prowadzącym**.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Imię i nazwisko

PESEL, Tel.

Ulica: Miasto: Kod pocztowy:

e-mail

1. Czy czuje się Pan/Pani ogólnie zdrowy/a? TAK NIE

2. Czy aktualnie Pan/Pani na coś choruje? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:

3. Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki na stałe lub czasami? TAK NIE

Jeśli tak, to jakie?

4. Czy jest Pan/Pani na coś uczulony/a – leki lub pokarmy? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:.....

5. Czy był Pan/Pani kiedyś operowany/a? TAK NIE

Jeśli tak, to na co:.....

6. Czy był Pan/Pani kiedyś znieczulany/a ogólnie lub miejscowo? TAK NIE

Jeśli tak, to kiedy i z jakiego powodu?

7. Czy miał Pan/Pani kiedyś epizody zastąpienia, utraty przytomności, duszności?

TAK NIE

Czy teraz lub kiedyś chorował/a Pan/Pani na niżej wymienione choroby?

1. Choroby serca (zawał serca, choroba wieńcowa, wada serca, arytmia, zapalenie serca, rozrusznik serca) TAK NIE

2. Choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, niewydolność krążenia) TAK NIE

3. Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, zakrzepica, bóle przy chodzeniu) TAK NIE

4. Choroby płuc (astma, POCHP, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica) TAK NIE

5. Choroby układu pokarmowego (wrzody żołądka, refluks, nadkwaśność, choroby jelit) TAK NIE

6. Choroby wątroby (kamica pęcherzyka żółciowego, żółtaczką, zapalenie wątroby, czyli WZW, marskość wątroby, porfiria) TAK NIE

7. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) TAK NIE

8. Choroby endokrynologiczne i przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa, choroby przysadki, niedo/nadczynność tarczycy, przytarczyc, choroby trzustki) TAK NIE

9. Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, porażenie, zaburzenia czucia, miastenia, udar, wylew, stwardnienie rozsiane SM, dystrofia) TAK NIE

10. Choroby krwi i układu krzepnięcia (łatwe krwawienie, hemofilia, anemia, wylewy krwawe, krwawienie z nosa) TAK NIE

11. Choroby psychiczne (nerwica, depresja, schizofrenia, lęki) TAK NIE

12. Zakażenie wirusowe (opryszczka, HPV, WZW, HIV) TAK NIE

8. Czy pali Pan/Pani papierosy, pije Pan/Pani często alkohol? TAK NIE

9. Czy ma Pan/Pani protezy zębowe, chwiejące zęby, aparat na zębach, kolczyk w języku, implanty? TAK NIE

10. Czy choruje Pan/Pani na przewlekłe zapalenie zatok/ucha/dziąseł/spojówek? TAK NIE

11. Czy jest Pani w ciąży? Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

OSWIADCZENIE PACJENTA

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu. Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta.

Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w rejestracji.

..... (data i podpis pacjenta)

OSWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Ja **upoważniam** osobę
PESEL do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i
udzielonych świadczeniach zdrowotnych / / **nie upoważniam nikogo** (*podkreśl właściwe)

..... (data i podpis pacjenta)

OSWIADCZENIE PACJENTA

o upoważnieniu osoby do uzyskiwania dokumentacji medycznej

Ja **upoważniam** osobę
PESEL..... do uzyskiwania dokumentacji medycznej / **nie upoważniam nikogo** (*podkreśl właściwe)

..... (data i podpis pacjenta)

Wyrażam zgodę na wykonywanie w trakcie leczenia zdjęć fotograficznych dokumentujących poszczególne etapy leczenia celem załączenia do karty pacjenta.

.....

(data i podpis pacjenta)

Zapoznałem/am się z Regulaminem porządkowym podmiotu leczniczego i przyjmuję go do wiadomości.

.....
(data i podpis pacjenta)

**RODO - OGÓLNY OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DO DANYCH ZAWARTYCH W
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Podmiot leczniczy/praktyka lekarska MEDYDYCNA Damian Antczak – Van Nispen z siedzibą w GDYNI, ul. SKARBKA 69/6, kod pocztowy: 81-097 - dalej zwana MEDYCYNA Damian Antczak - Van Nispen

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również „RODO”), informujemy, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Medycyna Damian Antczak-Van Nispen, *dane kontaktowe: tel.: 513445886 adres e-mail: gabinet@drdamian.pl* 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
 - a) na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz
 - b) w celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeń zdrowotnych,
- 3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 4) w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
 - a) na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w

przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz

- b) w celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia,
- 5) w przypadku, o którym mowa w pkt 5, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej,
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 10) podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe,
- 11) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.

.....

data i podpis pacjenta

ZGODY MARKETINGOWE

Wyrażam zgodę na **przesyłanie powiadomień o terminach wizyt** oraz innych informacji dotyczących świadczonej usługi za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (Dz.U.2019.123 t.j.) w formie wiadomości tekstowej sms na podany numer telefonu przez Medycyna Damian Antczak-Van Nispen z siedzibą w Gdyni, ul. Skarbka 69 lok. 6, 81-097 Gdynia. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, kierując wiadomość na adres e-mail administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na **przesyłanie informacji handlowych** za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (Dz.U. Dz.U.2019.123 t.j.) **w formie wiadomości tekstowej sms** na podany numer telefonu na temat usług oferowanych przez Medycyna Damian Antczak-Van Nispen z siedzibą w Gdyni, ul. Skarbka 69 lok. 6, 81-097 Gdynia. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, kierując wiadomość na adres e-mail administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na **przesyłanie informacji handlowych** za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczenie usług drogą elektroniczną (Dz.U.2019.123 t.j.) **na podany adres e-mail** na temat usług oferowanych przez Medycyna Damian Antczak-Van Nispen z siedzibą w Gdyni, ul. Skarbka 69 lok. 6, 81-097 Gdynia. Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, kierując wiadomość na adres e-mail administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na **przetwarzanie moich danych osobowych** przez Medycyna Damian Antczak-Van Nispen z siedzibą w Gdyni, ul. Skarbka 69 lok. 6, 81-097 Gdynia, dla celów marketingu bezpośredniego, wykonywanego przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących, tj. numer telefonu, zgodnie z art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. z 2019 r., poz. 2460 t.j.). Zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili wycofana, kierując wiadomość na adres e-mail administratora. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....

data i podpis pacjenta