



FIȘĂ CLINICĂ

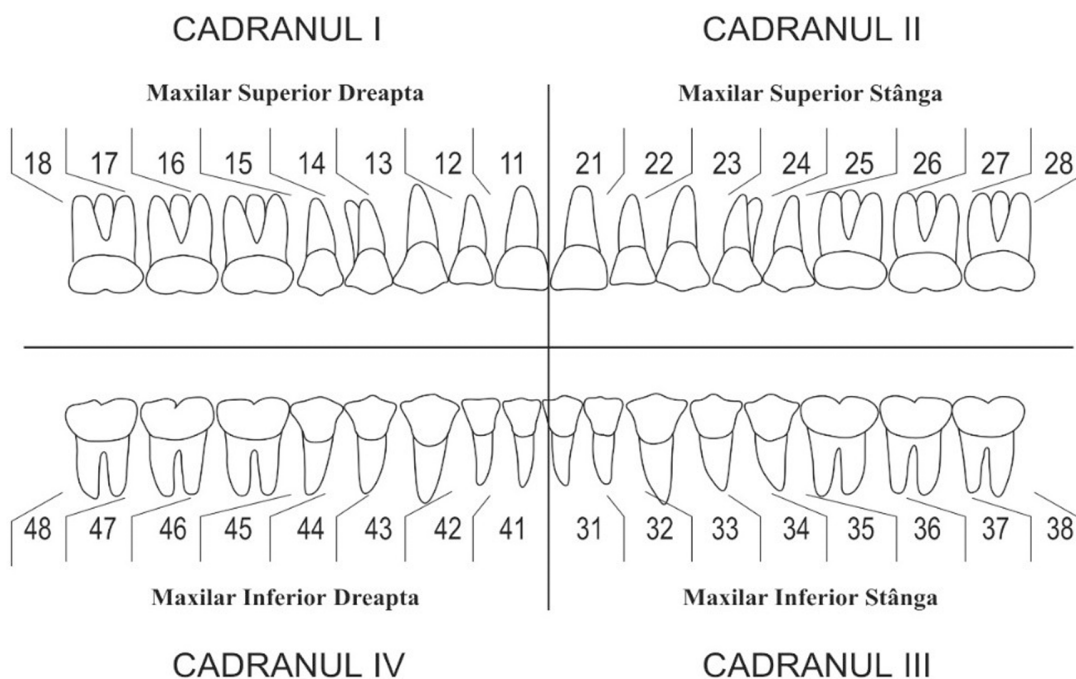
Data ____ / ____ / ____ Medic _____

Nume: _____ Prenume: _____

Adresă: _____

Oraș: _____ Țară: _____ Cod poștal: _____

E-mail*: _____ Telefon*: _____ Data nașterii*: _____



Recomandare consultație medic specialist

Se completează de către medicul stomatolog curant

☐ ortodont ☐ parodontolog ☐ endodont ☐ implantolog

*Aceste date sunt necesare clinicii pentru a servi interesului meu legitim, acela de a primi diagnosticul optim și planul de tratament adecvat, precum și pentru a primi informații și notificări referitoare la programările mele.

CHESTIONAR DE EVALUARE A STĂRII GENERALE*

**Formular conform Deciziei nr. 3 adoptată de Consiliul Național al Colegiului Medicilor Dentiști din România, în temeiul art. 500 și 502 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.*

Avem nevoie de informații esențiale legate de istoricul dvs. medical pentru ca tratamentul stomatologic să se desfășoare în parametri optimi. Vă asigurăm de confidențialitatea datelor furnizate.

Sunteți / este posibil să fiți însărcinată? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, vă rugăm specificați ce vârstă are sarcina (în săptămâni) _____

Suferiți de alergii sau intoleranțe medicamentoase sau nemedicamentoase? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați la ce anume: _____

Urmați un anumit tratament (medicamentos, homeopatic, fitoterapie etc.)? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați medicamentul / produsul și doza administrată: _____

Ați urmat tratament cu antibiotice în ultimele două săptămâni? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați medicamentul și doza: _____

Urmați tratament cu anticoagulante? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: _____

b) valoarea INR: _____

Urmați tratament cu: Fosamax, Fosavance, Actonel, Bonviva, Zometa, Aclasta (bifosfați)? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați:

a) medicamentul și doza administrată: _____

b) calea de administrare: ☐ intravenoasă ☐ orală

c) de cât timp urmați acest tratament (luni/ani) _____

d) valoarea β cross-laps: _____

Aveți alergii la contactul cu: ☐ latex; ☐ metal

Suferiți sau ați suferit de vreo boală acută sau cronică? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați ce boală (i):

a) boli congenitale: ☐ _____

b) boli profesionale: ☐ _____

c) boli de inimă: ☐ angină pectorală; ☐ infarct miocardic (precizați când: _____)

☐ aritmii (fibrilație etc.); ☐ blocuri; ☐ insuficiență cardiacă (precizați clasa NYHA _____)

☐ valvulopatii (precizați care: _____); ☐ endocardită infecțioasă;

☐ intervenții chirurgicale cardiace (precizați _____)

☐ altele: _____

d) boli vasculare: ☐ arteriopatie obliterantă; ☐ tromboflebită; ☐ hipotensiune arterială;

☐ hipertensiune arterială (precizați cea mai mare valoare tensională avută _____ mmHg)

☐ accident vascular cerebral (precizați când: _____); ☐ altele: _____

e) boli ale aparatului respirator: ☐ astm bronșic; ☐ emfizem; ☐ bronșită cr.; ☐ TBC (precizați dacă ați urmat tratament _____); ☐ altele: _____

f) boli digestive: ☐ gastrite/ulcer gastro duodenal; ☐ altele: _____

- g) boli hepatice: ☐steatoză hepatică; ☐hepatită cronică; ☐ciroză; ☐altele: _____
- h) boli renale: ☐insuficiență renală (precizați dacă urmați hemodializă _____)
- i) diabet: ☐tratament cu insulină; ☐tratament cu antidiabetice orale
- j) boli endocrine: ☐hipotiroidie; ☐hipertiroidie; ☐altele: _____
- k) boli reumatismale: ☐poliartrită reumatoidă; ☐colagenoze; ☐altele: _____
- l) boli scheletale: ☐osteoporoză; ☐altele: _____
- m) boli neurologice: ☐epilepsie; ☐altele: _____
- n) boli psihice: ☐depresie; ☐schizofrenie; ☐altele: _____
- o) manifestări neuro-vegetative: ☐atacuri de panică
- p) boli hematologice: ☐anemie; ☐thalasemie; ☐leucemie acută; ☐leucemie cronică;
☐hemofilie; ☐trombocitopenie; ☐boala von Willebrand; ☐altele: _____
- q) boli infecțioase: ☐hepatită virală ☐B, ☐C, ☐D; ☐HIV; ☐altele: _____
- r) neoplasme: _____
- s) alte boli: _____

Ați mai fost supus(ă) unor intervenții chirurgicale? ☐ DA ☐ NU

Dacă Da, precizați ce intervenție (i): _____

Dacă Da, precizați tipul de anestezie: ☐loco-regională; ☐sedare; ☐generală; ☐altul: _____

Dacă Da, precizați dacă în timpul sau după intervenția chirurgicală au apărut incidente ☐ DA ☐ NU
(precizați ce anume): _____

Ați primit transfuzii de sânge/derivate: ☐ DA ☐ NU

Vi s-au mai efectuat tratamente stomatologice? ☐ DA ☐ NU

- mi s-au realizat tratamente stomatologice ☐fără anestezie, ☐cu anestezie locală, ☐cu anestezie locală și sedare inhalatorie, ☐cu anestezie locală și sedare intravenoasă, ☐cu anestezie generală.

Când ați efectuat ultimul control stomatologic?

☐în ultimele 6 luni; ☐acum aproximativ 1 an; ☐acum 2 sau mai mulți ani

Când ați efectuat ultima dată radiografii dentare?

☐în ultimele 6 luni; ☐acum aproximativ 1 an; ☐acum 2 sau mai mulți ani

La tratamentele stomatologice anterioare au apărut accidente/incidente sau complicații la utilizarea anestezicelor? ☐ DA ☐ NU

- au apărut: ☐leșin, ☐greață, ☐alergii, ☐altele _____

Vă sângerează gingiile când vă spălați pe dinți? ☐ DA ☐ NU ☐ Câteodată

Ziua sau noaptea scrâșniți dinții? ☐ DA ☐ NU ☐ Câteodată

Sunteți/ați fost consumator de:

- tutun? ☐ DA ☐ NU (precizați ce cantitate și cât timp ați fumat/fumați): _____

- alcool? ☐ DA ☐ NU (precizați ce cantitate și cât timp ați consumat/consumați alcool): _____

☐ați avut probleme atunci când nu ați mai consumat alcool? _____

- droguri? ☐ DA ☐ NU (precizați ce drog/droguri utilizați): _____

Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în fișa pacientului sunt reale și complete.
Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.

Data _____ / _____ / _____ Semnătură pacient _____

În cazul reprezentantului legal/apartinătorului se vor completa numele și prenumele în clar, precum și tipul de relație raportată la pacient. _____ / _____

Toate informațiile privind starea de sănătate a pacientului au fost furnizate în prezența:

Dr. _____ Semnătură medic _____



Consimțământ pentru prelucrarea datelor personale în condițiile Regulamentului UE 679/2016

Subsemnatul _____ Data nasterii _____

Domiciliul _____

Reședința _____

Reprezentantul legal _____ Domiciliul _____

_____ Reședința _____

_____ Calitatea _____

Data ____/____/____

În calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului _____

al **Green Dental Clinic SRL**, declar că sunt de acord să ofer Clinicii și colaboratorilor / angajaților acesteia, datele mele personale – nume și prenume, adresa de email, număr de telefon, adresa de domiciliu/reședință/informații medicale, prin consimțământul meu, în condițiile articolului 6, litera a), f) raportat la art. 7 și art. 9 alin. 2 lit. H) și alin. 3) din Regulamentul UE 679/2016, în următoarele scopuri:

1. Pentru scopurile legate de medicina preventivă, de stabilirea unui diagnostic medical, de furnizare a asistenței și a tratamentelor medicale, de gestionare a sistemelor și serviciilor de sănătate;

De acord _____ Nu sunt de acord _____

2. Pentru analize statistice ale clinicii cu privire la diagnostice, tratamente, încasări, analize statistice efectuate atât în scopul creșterii calității serviciilor Clinicii, cât și în scopuri de interes public în domeniul sănătății publice: asigurarea continuității asistenței medicale, securitate, supraveghere și alertă în materie de sănătate, precum și în scopuri de arhivare în interes public, de cercetare științifică sau statistică.

De acord _____ Nu sunt de acord _____

3. Pentru a primi mesaje cu privire la data și ora programărilor, informații cu privire la tratamentele propuse, efectuate, prețuri, plăți și orice alte detalii care se referă la planul de tratament, pe durata tratamentului.

De acord _____ Nu sunt de acord _____

4. Pentru a primi materiale informative generale, educative de la Clinica cu privire la noi tratamente, tehnologii, proceduri medicale inovative.

De acord _____ Nu sunt de acord _____

5. Pentru a primi oferte promoționale.

De acord _____ Nu sunt de acord _____

Acceptul meu cu privire la punctele 4 și 5 din acest capitol se limitează la o perioadă de 3 ani. Am fost de asemenea informat că, dacă doresc, la cererea mea și înainte de terminarea perioadei menționate, numărul de telefon și adresa de email vor fi imediat eliminate de la trimiterea materialelor și comunicărilor de la punctele 4 și 5 de mai sus.

Subsemnatul menționez că am fost informat în limbaj concis, ușor de înțeles și clar, cu privire la următoarele drepturi pe care le am referitor la datele personale oferite:

- Să îmi retrag acest consimțământ în orice moment, situație în care Clinica își rezerva dreptul de a suspenda acordarea serviciilor sale;
- Să solicit reprezentantului Clinicii acces la datele mele personale aflate în posesia acesteia.
- Dreptul să rectific sau să șterg aceste date personale.
- Dreptul de a fi informat, dreptul de a avea acces la date, dreptul la rectificarea datelor, dreptul de ștergere a datelor ("dreptul de a fi uitat"), de restricționare a procesării, dreptul la portabilitatea datelor, de a obiecta și dreptul decizional privind prelucrarea automatizată sau profilarea datelor.
- Să depun plângeri, cu mențiunea că acestea trebuie întemeiate în fapt și în drept, la Autoritatea de supraveghere.

Am fost informat ca entitatea **Green Dental Clinic SRL** respectă și implementează normele GDPR de protecție a datelor personale. Soluțiile IT inovatoare folosite asigură:

1. Criptarea și pseudonimizarea datelor stocate
2. Criptarea conexiunilor
3. Realizarea salvărilor de siguranță a datelor
4. Asigurarea integrității datelor în uz, în tranzit și în staționare
5. Testarea măsurilor organizaționale
6. Testarea sistemelor folosite, evaluarea eficacității controalelor tehnice de procesare a datelor.

Green Dental Clinic SRL

Responsabil cu protecția datelor – Cătălina CALANGIU