

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΤΗΛ: ΚΙΝΗΤΟ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Τ.Τ.:

E-MAIL:FACEBOOK.....

Παρακαλώ σημειώστε με τικ:

- | | | | | |
|---|-----|-----------------------|-----|-----------------------|
| 1. Έχει παρουσιάσει καμιά αλλαγή η γενική σας υγεία τον τελευταίο χρόνο; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |
| 2. Σας παρακολουθεί κάποιος γιατρός; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |
| 3. Περάσατε κάποια σοβαρή ασθένεια, εγχείρηση ή δεχθήκατε νοσοκομειακή περίθαλψη τα τελευταία πέντε χρόνια; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |
| 4. Παίρνετε φάρμακα; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |
| 5. Έχετε εθισμό με το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |
| 6. Είστε καπνιστής/ καπνίστρια; | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι | <input type="radio"/> |

Μόνο για γυναίκες

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----|-----------------------|-----|
| 7. Είστε έγκυος ή υπάρχει το ενδεχόμενο να είστε έγκυος; | <input type="radio"/> | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι |
| 8. Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια; | <input type="radio"/> | Ναι | <input type="radio"/> | Όχι |

9. Έχετε κάποιου είδους αλλεργική αντίδραση στα παρακάτω;

Παρακαλώ σημειώστε με τικ:

- Πενικιλίνη ή άλλο αντιβιοτικό
- Τοπικό αναισθητικό
- Άλλα φάρμακα
- Γάντια
- Μεταλλικά αντικείμενα/Χρυσασφικά
- Άλλα
- Κανένα από τα πιο πάνω

10. Είχατε τώρα ή στο παρελθόν ένα από τα ακόλουθα; Παρακαλώ σημειώστε με τικ:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Προβλήματα καρδιάς | <input type="radio"/> Πόνοι στο στήθος |
| <input type="radio"/> Ρευματικό πυρετό | <input type="radio"/> Αρρυθμίες |
| <input type="radio"/> Βηματοδότη | <input type="radio"/> Υψηλή πίεση |
| <input type="radio"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο | <input type="radio"/> Άσθμα |
| <input type="radio"/> Ιγμορίτιδα | <input type="radio"/> Αναμία/Ασθένειες αίματος |
| <input type="radio"/> Λευχαιμία | <input type="radio"/> Παρατεταμένη αιμορραγία |
| <input type="radio"/> Ηπατίτιδα | <input type="radio"/> Διαβήτης |
| <input type="radio"/> Προβλήματα θυρεοειδούς | <input type="radio"/> Προβλήματα με τα νεφρά |
| <input type="radio"/> Απότομη αλλαγή στο βάρος | <input type="radio"/> Καρκίνος |
| <input type="radio"/> Aids | <input type="radio"/> Σύφιλη |
| <input type="radio"/> Έρπη | <input type="radio"/> Στομαχικές διαταραχές |
| <input type="radio"/> Αρθρίτιδα | <input type="radio"/> Ψυχολογικά προβλήματα |
| <input type="radio"/> Διαταραχές στην όραση | <input type="radio"/> Κανένα από τα πιο πάνω |
| <input type="radio"/> Επιληψία | |

11. Εάν πάσχετε από κάποιο πρόβλημα που δεν έχει αναφερθεί παραπάνω παρακαλείστε όπως το σημειώσετε:

12. Ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή; Εάν ναι, παρακαλώ, συμπληρώστε τα ακόλουθα:

ΟΝΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

**Πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες που έχω δώσει είναι αληθείς.
Για οποιαδήποτε αλλαγές στην υγεία μου (φάρμακα ή ασθένειες) θα ενημερώνω τη γιατρό στο
εκάστοτε ραντεβού.**

**Επίσης αντιλαμβάνομαι πως οι πληροφορίες που έχω δώσει θα κρατηθούν εμπιστευτικές από
το προσωπικό. Δηλώνω την συγκατάθεσή μου για οποιαδήποτε, αναγκαία, οδοντιατρική
θεραπεία χρειαστώ.**

Υπογραφή ασθενούς/κηδεμόνα

.....

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ποιο είναι το κύριο πρόβλημα για το οποίο ήρθατε;

Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο & για ποιο λόγο;

Ματώνουν τα ούλα σας κατά το βούρτσισμα; ΝΑΙ (), ΟΧΙ ()

Ποιος σας σύστησε στο ιατρείο μας;

**ΜΗΠΩΣ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ;
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ (v) ΑΝ ΝΑΙ**

- () Θορύβους στο άνοιγμα και/ή στο κλείσιμο της γνάθου
- () Σφίγγετε και/ή τρίζετε τα δόντια σας την ημέρα και/ή την νύχτα
- () Πόνο, μέσα και/ή γύρω από το αυτί και/ή τα μάγουλα
- () Νάρθηκες για θεραπεία κροταφογναθικής δυσλειτουργίας
- () Πληγές και/ή επώδυνες περιοχές στο στόμα σας
- () Κακοσμία και/ή κακή γεύση
- () Σφηνώνονται τροφές ανάμεσα από κάποια δόντια σας
- () Ορθοδοντική θεραπεία

Σας αρέσει το χαμόγελό σας;
ΝΑΙ () ΟΧΙ ()

Υπάρχει κάποια οδοντιατρική θεραπεία για την οποία θα θέλατε να μάθετε περισσότερες πληροφορίες;

- () Προληπτική Οδοντιατρική (Διατροφικές Συμβουλές, Τρόποι Πρόληψης, Βούρτσισμα κ.α.)
- () Αισθητική Οδοντιατρική (Λεύκανση, Όψεις, Λευκά Σφραγίσματα κ.α.)
- () Επανορθωτική Οδοντιατρική (Περιοδοντίτιδα , Ουλίτιδα, Απονεύρωση, Θεραπείες LASER κ.α.)
- () Άλλο, παρακαλώ διευκρινίστε
- () Όχι

ΥΠΟΓΡΑΦΗ..... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Γενική συναίνεση για θεραπεία

Σκοπός όλων των παρακάτω πληροφοριών είναι να σας ενημερώσουν για τυχόν ενδεχόμενα που σπάνια μπορεί να προκύψουν καθώς και να σας πληροφορήσουν ότι είμαστε προετοιμασμένοι για κάθε ένα από τα παρακάτω συμβάματα.

Όλες οι οδοντιατρικές διαδικασίες και η αναισθησία έχουν σχετικούς κινδύνους. Αυτοί μπορεί να είναι, αλλά δεν περιορίζονται στα παρακάτω:

- Αντίδραση στα φάρμακα και/ή παρενέργειες
- Ζημιές σε παρακείμενα δόντια ή σφραγίσματα
- Μετεγχειρητική λοίμωξη
- Μετεγχειρητική αιμορραγία η οποία μπορεί να απαιτεί επιπλέον θεραπεία
- Η καθυστερημένη επούλωση μετά από εξαγωγή δοντιού (ξηρό φατνίο) που καθιστά αναγκαία πρόσθετη περίθαλψη
- Ενόχληση του ιγμορείου κατά την απομάκρυνση των άνω γομφίων η οποία μπορεί να απαιτήσει μελλοντικά επιπλέον θεραπεία ή χειρουργική αποκατάσταση
- Ενόχληση των νεύρων κατά τη διάρκεια της απομάκρυνσης των δοντιών με αποτέλεσμα προσωρινό ή μόνιμο μούδιασμα ή 'μυρμήγκιασμα' των χειλιών, της γνάθου, της γλώσσας, ή άλλων περιοχών
- Μελανιές, πρήξιμο, ευαισθησία ή πόνος
- Αποτυχία της οδοντιατρικής παρέμβασης και ανάγκη επανάληψής της
- Θραύση οδοντιατρικών εργαλείων στους ριζικούς σωλήνες των δοντιών, κατά τη διάρκεια απονέυρωσης των δοντιών που να καθιστά αναγκαία επιπλέον θεραπεία
- Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της θεραπείας οι οποίες καθιστούν αναγκαία την παραπομπή σε άλλον ειδικό

Κατανοώ όλα τα προαναφερθέντα.

Υπογραφή ασθενή Ημερομηνία.....

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

(σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ)

ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ – ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κατά την προσέλευσή σας στο Κέντρο Ολιστικής Οδοντιατρικής Γιαννίκος και πριν την έναρξη παροχής των υπηρεσιών σας, συλλέγουμε τις εξής πληροφορίες:

Το ονοματεπώνυμο, την ηλικία, το επάγγελμα, την διεύθυνση σας, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας σε σας, τον ασθενή, τη γενική σας υγεία, καθώς και το λόγο της επίσκεψής σας.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του Κέντρου Ολιστικής Οδοντιατρικής Γιαννίκος, σύμφωνα με την πιστοποίηση ISO 9001:2008 και διατηρούνται για 40 χρόνια.

Η επεξεργασία είναι αναγκαία ιδίως, για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, τη δυνατότητα επικοινωνίας, των αναγκών παροχής των υπηρεσιών και παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Σας ενημερώνουμε ότι έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού και αντίταξης της επεξεργασίας, της φορητότητας των δεδομένων, σύμφωνα με τα άρθρα 15-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας εγγράφως, με επιστολή στην ταχυδρομική διεύθυνση 8 Αλκαίου και Πινδάρου, Τ.Κ:1060, Λευκωσία ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση info@yiannikosdental.com.

ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η πρόσβαση στο αρχείο δεν είναι δυνατή σε τρίτους, πλην των, κατ' εξαίρεση, περιπτώσεων που προβλέπονται ρητά από την κείμενη νομοθεσία.

Περαιτέρω και αποκλειστικά για τις ανάγκες της θεραπείας σας θα σας αποστέλλονται μηνύματα τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ενημερωτικά της κατάστασής σας ή για υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου, ενώ προσωπικά στοιχεία σας, δύνανται να επεξεργαστούν από συνεργάτες του Κέντρου Ολιστικής Οδοντιατρικής Γιαννίκος (οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνικά εργαστήρια) χωρίς να απαιτείται προηγουμένως ειδική ενημέρωσή σας.

Οι τρίτοι στους οποίους διαβιβάζονται τα προσωπικά σας στοιχεία δεν δικαιούνται να κάνουν χρήση για άλλους σκοπούς.

Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Λευκωσία, ημερομηνία.....

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο/Η ασθενής,.....

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Φωτογραφικό Υλικό

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, θεραπείας και φροντίδας μου θα χρησιμοποιηθεί υλικό όπως ακτινογραφίες, φωτογραφίες κ.α. Δίνω την άδειά μου ώστε το υλικό αυτό να χρησιμοποιηθεί, ανώνυμα, για σκοπούς έρευνας και εκπαίδευσης ή έκδοσης σε επαγγελματικά άρθρα.

- Ναι
 Όχι

Με ποιο τρόπο προτιμάτε να επικοινωνούμε μαζί σας;

- Τηλέφωνο
 SMS
 E-mail

Επιθυμείτε να λαμβάνετε πληροφορίες και νέα σχετικά με την κλινική μας και τις μεθόδους μας;

- Ναι
 Όχι

Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Λευκωσία, ημερομηνία.....

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο/Η ασθενής,.....