



YIANNIKOS

Centre for Holistic Dentistry

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης:

Επάγγελμα:

Διεύθυνση/ταχυδρομικός κώδικας:

Αριθμός τηλεφώνου:

Email :

Facebook/Instagram:

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Περάσατε κάποια σοβαρή ασθένεια, εγχείρηση ή δεχθήκατε νοσοκομειακή περίθαλψη τα τελευταία πέντε χρόνια;

☐

Ναι

☐

Όχι

Είστε καπνιστής/ καπνίστρια;

☐

Ναι

☐

Όχι

Μόνο για γυναίκες

Είστε έγκυος ή υπάρχει το ενδεχόμενο να είστε έγκυος;

☐

Ναι

☐

Όχι

Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια;

☐

Ναι

☐

Όχι

Έχετε κάποιου είδους αλλεργικής αντίδρασης στα παρακάτω;

☐

Πενικιλίνη ή άλλο αντιβιοτικό

☐

Τοπικό αναισθητικό

☐

Άλλα φάρμακα

☐

Κανένα από τα πιο πάνω

Είχατε τώρα ή στο παρελθόν ένα από τα ακόλουθα;

- ☐ Προβλήματα καρδιάς
- ☐ Βηματοδότη
- ☐ Εγκεφαλικό επεισόδιο
- ☐ Λευχαιμία
- ☐ Ηπατίτιδα
- ☐ Προβλήματα θυρεοειδούς
- ☐ Aids
- ☐ Έρπης
- ☐ Πόνοι στο στήθος
- ☐ Αρρυθμίες
- ☐ Υψηλή πίεση
- ☐ Αναιμία/Ασθένειες αίματος
- ☐ Παρατεταμένη αιμορραγία
- ☐ Διαβήτης
- ☐ Προβλήματα με τα νεφρά
- ☐ Καρκίνος

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

Παίρνετε φάρμακα; Εαν ναι, παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα:

ΟΝΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Πιστοποιώ ότι οι πληροφορίες που έχω δώσει είναι αληθείς, για οποιοσδήποτε αλλαγές στην υγεία μου (φάρμακα ή ασθένειες) θα ενημερώνω τη γιατρό στο εκάστοτε ραντεβού. ☐

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

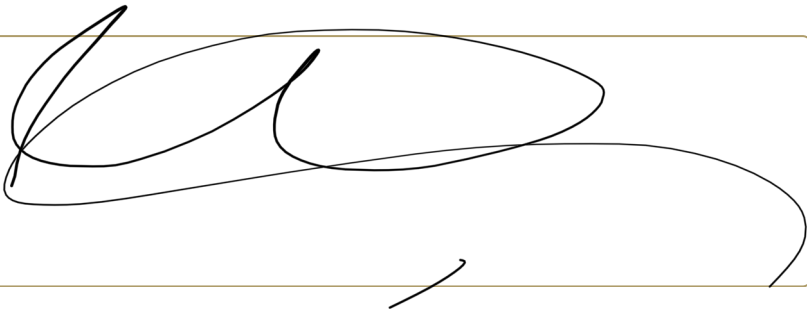
Ποιο είναι το κύριο πρόβλημα για το οποίο ήρθατε;

Ποιος σας σύστησε στο ιατρείο μας;

ΜΗΠΩΣ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Η ΕΙΧΑΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ;

- ☐ Θορύβους στο άνοιγμα ή κλείσιμο της γνάθου
- ☐ Σφίγγετε ή τρίζετε τα δόντια σας ημέρα ή νύχτα
- ☐ Πόνους, μέσα ή γύρω από το αυτί και τα μάγουλα
- ☐ Κακοσμία ή κακή γεύση
- ☐ Ορθοδοντική θεραπεία

Υπογραφή του ασθενούς/κηδεμόνα



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 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 σιαγόνας, 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 απονεύρωσης 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.



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 9001:2015 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 στέλνοντας email στο 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. Οι πληροφορίες αυτές είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Έχω λάβει γνώση των ανωτέρω και δίνω τη συγκατάθεσή μου 

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 για σκοπούς έρευνας, εκπαίδευσης ή έκδοσης σε επαγγελματικά άρθρα.

☐ Ναι

☐ Όχι

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

☐ Ναι

☐ Όχι

Οι πληροφορίες αυτές είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

Ημερομηνία

Έχω λάβει γνώση των ανωτέρω και δίνω τη συγκατάθεσή μου ☐

Υπογραφή του ασθενούς/κηδεμόνα



YIANNIKOS

Centre for Holistic Dentistry