



YIANNIKOS

Centre for Holistic Dentistry

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя:	<input type="text"/>	Фамилия:	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/>	Занятие:	<input type="text"/>
Адрес/почтовый индекс:	<input type="text"/>		
Номер телефона:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Facebook/Instagram	<input type="text"/>		

МЕДИЦИНСКАЯ ФОРМА:

Были ли у Вас какие-либо серьезные заболевания, операции или госпитализации в течение последних 5 лет?

ДА

НЕТ

Do you smoke?

ДА

НЕТ

Только для женщин

Вы беременны или есть вероятность того, что вы беременны? ДА НЕТ

Принимаете ли Вы противозачаточные таблетки? ДА НЕТ

Есть ли у вас аллергия или реакция (отек, сыпь, зуд) на:

Пенициллин или другой антибиотик

Местные анестетики

Другие лекарства или препараты

Ничего из вышеперечисленного

Были ли у Вас сейчас или в прошлом какие-либо из перечисленных ниже заболеваний?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем/операция | <input type="checkbox"/> Нерегулярное сердце |
| <input type="checkbox"/> Инсульт | <input type="checkbox"/> Высокое кровяное давление |
| <input type="checkbox"/> Лейкоз | <input type="checkbox"/> Анемия/заболевания крови |
| <input type="checkbox"/> Гепатит | <input type="checkbox"/> Аномальное длительное кровотечение |
| <input type="checkbox"/> Щитовидная железа | <input type="checkbox"/> Диабет |
| <input type="checkbox"/> Рак или опухоль | <input type="checkbox"/> Проблемы с почками |
| <input type="checkbox"/> Сифилис / СПИД | <input type="checkbox"/> Эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Проблемы с желудком | <input type="checkbox"/> Ничего из вышеперечисленного |

Если у Вас есть какие-либо заболевания, состояния или проблемы, не перечисленные выше, пожалуйста, поясните, какие именно:

Принимаете ли Вы какие-либо лекарства?

Название препарата	Количество	Причина

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация является полной и точной.

В случае изменения состояния моего здоровья или приема лекарств я сообщу об этом своему врачу на следующем приеме.

ИСТОРИЯ СТОМАТОЛОГИИ :

С какой основной проблемой Вы пришли к нам?

Кто нас порекомендовал?

Испытывали ли/испытываете ли Вы

- Шумы при открывании или закрывании сустава
- Скрежетание/щелканье зубами в течение дня/ночи
- Боль внутри или вокруг ушей и щек
- Шина для лечения дисфункции суставов
- Раны или участки с болью в полости рта
- Ортодонтическое лечение

Подпись пациента/опекуна

Информированное согласие

Общее согласие на лечение

Цель всей приведенной ниже информации - проинформировать вас о возможностях, которые в редких случаях могут возникнуть, и сообщить вам, что мы готовы к каждому из перечисленных ниже инцидентов.

Все стоматологические и анестезиологические процедуры сопряжены с определенными рисками.

К ним, в частности, относятся:

- Реакции на лекарственные препараты и побочные эффекты
- Повреждение соседних зубов или пломб
- Послеоперационная инфекция
- Послеоперационное кровотечение, которое может потребовать дополнительного лечения
- Замедленное заживление места удаления зуба (сухое гнездо), требующее дополнительного ухода
- Вовлечение пазух при удалении верхних моляров, что может потребовать дополнительного лечения или хирургического вмешательства в более поздние сроки
- Затрагивание нервов при удалении зубов, приводящее к временному или, возможно, постоянному онемению или покалыванию губ, подбородка, языка или других областей
- Синяки, отеки, чувствительность или боль
- Поломка стоматологических инструментов в каналах зуба приводит к необходимости дополнительного лечения.
- Поломка стоматологических инструментов в каналах зуба приводит к необходимости дополнительного лечения.
- Осложнения в процессе лечения, требующие обращения к специалисту

Я понимаю всю предыдущую информацию

ИНСТРУКТАЖ ПО СБОРУ, ОБРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ФОРМА СОГЛАСИЯ

(В соответствии с Регламентом Совета ЕС 2016/679 от 27 апреля 2016 года о защите физических лиц в части обработки персональных данных и свободного распространения этих данных и отмене директивы 95/46 ЕК)

СБОР И ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЦЕЛЬ ОБРАБОТКИ

По прибытии в Центр холистической стоматологии Yiannikos и до начала лечения мы собираем следующую информацию:

ФИО пациента, его возраст, род занятий, адрес и любую другую информацию, связанную с лечением, общим состоянием здоровья и целью визита.

Обработка необходима, в частности, для целей идентификации и коммуникации, мониторинга состояния здоровья и определения потребностей в лечении.

ПРАВА СУБЪЕКТА ДАННЫХ

В соответствии со статьями 15 - 22 Общего регламента по защите данных (GDPR) Вы имеете право на доступ, исправление, удаление, ограничение и возражение против обработки Ваших данных и их мобильности. Для реализации своих прав вы можете связаться с нами по электронной почте info@yiannikosdental.com.

ПЕРЕСЫЛКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Доступ к архиву не открыт для третьих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующими правилами.

Кроме того, мы будем направлять вам сообщения по телефону или электронной почте, касающиеся вашего состояния или назначений.

Доступ к архиву не открыт для третьих лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующими правилами.

Кроме того, мы будем отправлять вам сообщения по телефону или электронной почте о вашем состоянии или назначенных встречах.

Партнеры Центра холистической стоматологии Yiannikos (зубные техники, другие стоматологические клиники и т.д.) могут обрабатывать Ваши данные без дополнительного уведомления.

Третьи лица, которым передаются ваши данные, не имеют права использовать их в других целях.

Эта информация является строго конфиденциальной.

Я ознакомлен с вышеизложенным и даю свое согласие

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Фотографии

Я понимаю, что во время обследования, лечения и последующего наблюдения могут быть сделаны фотографии, рентгеновские снимки и другие записи. Я разрешаю использовать эти материалы для исследований, обучения или публикации в профессиональных журналах.

ДА

НЕТ

Вы хотели бы получать информацию о нашей клинике и методиках и нашу рассылку?

ДА

НЕТ

Данная информация является строго конфиденциальной.

Лимассол, дата

Я ознакомлен с вышеизложенным и даю свое согласие

Подпись пациента/опекуна



YIANNIKOS

Centre for Holistic Dentistry