

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia pacjenta:

WYWIAD I ZGODA NA LECZENIE DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Poniższe pytania służą zebraniu informacji koniecznych do zaproponowania właściwego sposobu leczenia. Choroby ogólne lub stosowane leki mogą zwiększać zagrożenie wystąpienia chorób jamy ustnej lub determinować sposób postępowania leczniczego. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności proszę pominać pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem.

WYWIAD OGÓLNY

Czy pacjent:

aktualnie się na „coś” leczy (jeśli tak to na „co”)?

TAK

NIE

jest na „coś” uczulony (jeśli tak to na „co”)?

TAK

NIE

ma skłonność do krwawień (np. po zranieniach)?

TAK

NIE

miał epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?

TAK

NIE

był kiedyś w szpitalu (jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu)?

TAK

NIE

zażywa jakieś leki (jeśli tak to jakie? prosimy o zapisanie nazw leków DRUKOWANYMI literami)?

TAK

NIE

jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień?

TAK

NIE

Czy pacjent choruje lub chorował na którąś z następujących chorób?

choroby serca (np. wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)

inne choroby układu krążenia (np. nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)

choroby naczyń krwionośnych (np. naczylniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn)

choroby układu oddechowego (np. rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, częste infekcje górnych dróg oddechowych)

choroby układu pokarmowego (np. choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit, częste wymioty)

choroby wątroby

choroby układu moczowego (np. zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)

choroby metaboliczne (np. cukrzyca, otyłość, dna moczanowa)

choroby tarczycy (np. nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)

choroby układu nerwowego (np. padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)

choroby układu kostno-stawowego (np. bóle krzyżowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)

choroby krwi i układu krzepnięcia (np. hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)

choroby oczu (np. wada wzroku)

zmiany nastroju (np. depresja, nerwica)

choroby zakaźne

choroba reumatyczna

choroby onkologiczne (nowotwory)

U mojego dziecka/podopiecznego nie występują i nie występowały żadne z wyżej wymienionych schorzeń.

Inne choroby/ dolegliwości/ zgłaszane uwagi:

.....

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Szczotkowanie zębów pacjenta rozpoczęło:

po pojawieniu się pierwszego zęba (ok. 6 miesięcy życia),

po ukończeniu przez dziecko 1 roku życia,

jeszcze nie rozpoczęło,

..... (proszę podać własną odpowiedź).

Czy stosowana pasta zawiera fluor?

Tak,

Nie,

Nie wiem.

Szczotkowanie odbywa się:

- samodzielnie przez dziecko,
- przez dziecko pod nadzorem rodziców,
- przez rodziców.

Rodzaj szczoteczki:

- ręczna,
- elektryczna,
- soniczna.

Częstość szczotkowania:

- po każdym posiłku,
- 2 razy dziennie,
- 1 raz dziennie,
- rzadziej niż 1 raz dziennie.

Czy po wieczornym umyciu zębów pacjent spożywa jakieś pokarmy lub pije napoje?

- Tak,
- Nie,
- Dziecko nie myje zębów przed snem.

Częstość spożywania słodkich pokarmów i napojów (lody, jogurty owocowe, owoce, masło orzechowe, syropy, dżemy, galaretki, ciastka, chipsy ziemniaczane, miód, cukierki, słodzone napoje np. herbata z domowym sokiem z malin).

- nigdy,
- 1 raz w tygodniu,
- 1 raz dziennie,
- 3 razy dziennie,
- więcej niż 3 razy dziennie.

Czy pacjent spożywa pokarmy lub napoje powodujące erozję (częściej niż 1 razy w tygodniu) ?

- Owoce cytrusowe.
- Kwaśne soki.
- Napoje gazowane (np. Coca-cola, 7Up, Pepsi, Sprite, Fanta).
- Napoje energetyzujące (np. Energy Drink, Red Bull, Tiger).
- Herbaty owocowe.
- Witamina C.

Ostatnia wizyta u stomatologa odbyła się:

- to jest pierwsza wizyta,
- w ostatnim miesiącu,
- w ostatnich 3 miesiącach,
- wcześniej niż 3 miesiące temu.

Co było wykonywane na ostatniej wizycie:

- adaptacja,
- badanie stomatologiczne bez zabiegu (przeгляд),
- lakowanie, lapisowanie, fluoryzacja, higienizacja,
- leczenie próchnicy (z opracowywaniem ubytku/wierceniem),

- leczenie kanałowe,
- leczenie po urazie,
- ekstrakcja usunięcie zęba,
- „otwarcie” zęba (z powodu bólu).

Jaka była postawa pacjenta na ostatniej wizycie:

- współpracująca (udało się wykonać zabieg),
- utrudniająca (udało się wykonać zabieg, ale ze względu na postawę dziecka jego przeprowadzenie było utrudnione, zaistniała konieczność zmiany wcześniej zaplanowanego postępowania),
- niewspółpracująca (mimo starań ze strony rodzica i lekarza nie udało się wykonać zabiegu),
- brak współpracy (pacjent nie otworzył buzi).

Czy podczas jakiegokolwiek wizyty była stosowana ochronna stabilizacja (przymusowe unieruchomienie, wykonanie zabiegu mimo braku współpracy pacjenta):

- Tak,
- Nie.

Czy kiedykolwiek pacjent obudził się w nocy skarżąc się na ból zęba?

- nigdy,
- 1-2 razy,
- 3 razy,
- więcej niż 3 razy.

Czy u pacjenta były kiedykolwiek stosowane leki przeciwbólowe z powodu bólu zęba:

- nigdy,
- 1-2 razy,
- 3 razy,
- więcej niż 3 razy.

Masa ciała:..... [kg]

Wzrost:.....[m]

WYWIAD ORTODONTYCZNY

Czy pacjent jest aktualnie w trakcie leczenia ortodontycznego (aparaty ruchome „wyjmowane”, zalecone ćwiczenia)?

- Tak,
- Nie.

Jestem zainteresowany/-ana:

- uzyskaniem informacji,
- rozpoczęciem leczenia mojego dziecka/podopiecznego,
- wyjaśnieniem wcześniej otrzymanych lub sprzecznych informacji.

Jeśli zęby Twojego dziecka/podopiecznego miałyby być leczone, co chciałbyś w nich zmienić?

- górne zęby, ponieważ dziąsła są za bardzo widoczne,
- zęby górne (przesunąć do przodu/do tyłu),
- zęby dolne (przesunąć do przodu/do tyłu),
- zamknąć szpary (górną/dół),
- wyprostować stłoczone zęby (górne/dolne)
- poprawić wygląd złamanych/ popękanych/ z plamkami/ ciemnych zębów,
- inne.....

Czy woli Pan/Pani, aby **nie** rozmawiać przy dziecku o wyglądzie jego zębów/twarzy?

- Można rozmawiać,
- Proszę nie rozmawiać.

Czy pacjent był leczony ortodontycznie w przeszłości?

- Nie.
- Tak, aparatami ruchomymi (wyjmowanymi).
- Tak, tradycyjnym aparatem stałym (zamki, druty).
- Tak, aparatem nakładkowym.

Czy w rodzinie pacjenta występowały jakieś problemy ze szczękami lub z zębami (wysunięta żuchwa, zęby dodatkowe, rozszczepy, szpary, parodontoza, wczesna utrata zębów, przebarwienia, wady zgryzu, inne)?

- Tak, Jakie?.....
- Nie.

Czy podczas ciąży występowały jakieś schorzenia/ komplikacje?

- Tak, Jakie?.....
- Nie.

Poród odbył się:

- drogami naturalnymi (ewentualne komplikacje TAK/NIE),
- przez cesarskie cięcie.

Karmienie niemowlęcia:

- naturalne (piersią) (jak długo?
- sztuczne (mleko modyfikowane).

Jak było układane dziecko do snu w pierwszym roku życia?

- 'na płasko' (bez poduszki/ na niewielkiej płaskiej poduszce),
- na poduszce/ klinie (głowa dziecka wyżej niż reszta ciała).

Usta pacjenta podczas snu są:

- otwarte,
- zamknięte,
- nie wiem.

Czy pacjent używa smoczka?

- tak,
- już nie (w jakim wieku został odstawiony smoczek?
- nie, nigdy nie używało.

Występujące u pacjenta nawyki to:

- ssanie palca,
- ssanie smoczka,
- obgryzanie paznokci,

- wkładanie do jamy ustnej różnych przedmiotów (ołówki, kredki, zabawki),
- nawykowe podpieranie żuchwy ręką,
- zgrzytanie zębami,
- korzystanie z butelki (dzień/noc),
- inne.....
- u mojego dziecka nie występują żadne z wyżej podanych nawyków.

Czy pacjent gra na jakimś instrumencie muzycznym?

- Tak. Nazwa instrumentu.....
- Nie.

Czy pacjent przebył jakieś urazy mechaniczne twarzy, szczęk lub zębów (np. uderzenie w brodę, szczękę, wybity/złamany ząb)?

- Tak. Jakie?.....
- Nie.

Czy pacjent ma problemy ze stawem skroniowo-żuchwowym?

- Nie.
- trzaski/trzeszczenia podczas otwierania ust,
- problem z otwarciem lub zamknięciem ust,
- ból w okolicy ucha w trakcie otwierania/zamykanie ust.

Twarde pokarmy (surowe owoce, warzywa, skórka od chleba) są jedzone przez pacjenta:

- chętnie,
- niechętnie,
- wcale.

Czy u pacjenta występuje nieumyślna utrata moczu podczas snu (moczenie nocne)?

- Nie.
- Raz w miesiącu.
- Więcej niż raz w miesiącu.

Zgoda na leczenie obejmuje:

- Badanie lekarskie.
- Poradę lekarską.
- Leczenie zachowawcze zębów (wykonanie wypełnienia).
 - Działania profilaktyczne.
 - Skaling (usuwanie kamienia nazębnego).
 - Piaskowanie (oczyszczanie zębów z osadów).
 - Fluoryzacja.
 - Lakowanie (uszczelnianie bruzd).
 - Instruktaż higieny.
- Badania radiologiczne. Jest to badanie obrazowe, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest wykonywane w ściśle określonych przypadkach. Podczas badania stosowane są procedury mające na celu

obniżenie dawki promieniowania do poziomu tak niskiego jak to tylko możliwe.

- Dokumentację fotograficzną przebiegu leczenia. Jest przetwarzana i wykorzystywana w formie uniemożliwiającej identyfikację Pacjenta. Jest wykorzystywana w przebiegu leczenia przez lekarza prowadzącego i podczas konsultacji z innymi lekarzami.
1. Oświadczam, że udzieliłem(am) pisemnie wyczerpujących informacji co do aktualnego **stanu zdrowia** mojego dziecka/podopiecznego.
 2. O wszelkich zmianach **stanu zdrowia** mojego dziecka/podopiecznego zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego pisemnie.
 3. Powyższą zgodę i zawarte w niej informacje przeczytałem(am) i zrozumiałem(am).
 4. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.
 5. Koszt leczenia jest zgodny z aktualnie obowiązującym cennikiem.
 6. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia, poszerzenia lub zmniejszenia zakresu).
 7. Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja z lekarzem może być utrudniona dlatego w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę na kontynuowanie zabiegu przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
 8. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej **higieny jamy ustnej** u mojego dziecka/podopiecznego oraz do **wizyt kontrolnych** według zaleceń lekarza.
 9. Wiem, że mogę **odwołać zgodę** na leczenie. W takim przypadku uczynię to pisemnie i będzie ono skuteczne od dnia doręczenia tegoż oświadczenia.
 10. W sytuacji gdy **przerwę leczenie**, nie zgłoszę się na wyznaczone terminy wizyt wszystkie negatywne konsekwencje, które w związku z tym mogą wystąpić lub wystąpią obciążą wyłącznie mnie (rodzica/opiekuna), tak jak i koszty związane z wystąpieniem negatywnych konsekwencji przerwania leczenia lub nie zgłoszenia się na wyznaczone terminy wizyt.
 11. Wyrażam zgodę na wykonywanie

dokumentacji radiologicznej zgodnie z zaleceniami lekarza.

12. Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji fotograficznej leczenia. Zdjęcia fotograficzne wykonane podczas leczenia wykorzystywane są do diagnostyki, konsultacji i dokumentacji stanu wyjściowego oraz postępów w leczeniu, mogą być wykorzystane do publikacji naukowych po ich anonimizacji, co oznacza nieodwracalne uniemożliwienie identyfikacji określonej osoby. Inaczej mówiąc, w publikacji nie będą podane, żadne informacje dotyczące pacjenta. Zdjęcia fotograficzne będą przedstawiały okolicę zabiegową (pojedynczy ząb, grupę zębów, język, błonę śluzową) lub uśmiech i okolicę ust pacjenta. Celem publikacji zdjęć jest promowanie zdrowego stylu życia i szerzenie wiedzy medycznej. Zdjęcia te pozwalają nam tworzyć społeczność wokół naszej przychodni. Pacjent/ opiekun ma prawo w każdej chwili wycofać swoją zgodę pisząc na adres e-mail lub składając pismo w przychodni. Wycofanie zgody nie wpływa na legalność przetwarzania danych realizowanego przed jej wycofaniem.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz.1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) **wyrażam zgodę na leczenie mojego dziecka/podopiecznego zgodnie z planem leczenia przedstawionym przez lekarza**

.....
podpis opiekuna

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego.

Niniejszym oświadczam, że JESTEM przedstawicielem ustawowym matką / ojcem nieletniego lub opiekunem prawnym nieletniego.

Posiadam pełną, niczym nieograniczoną władzę rodzicielską. W przypadku zmiany prawa do reprezentacji nieletniego natychmiast pisemnie poinformuje o tym lekarza.

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: