

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA / HEALTH INFORMATION FORM

NR KARTY / CARD NUMBER .....

Imię i nazwisko / Name and surname

.....

Adres (ulica, nr domu i mieszkania) / Place of residence (street, building and apartment number)

.....

Miejscowość / City ..... Kod / Zip code .....

Telefon / Phone no. .... e-mail .....

PESEL .....

Uprzejmie prosimy o wypełnienie dotyczących Pani/Pana poniższych rubryk i oddanie wypełnionego formularza lekarzowi. Pytania te podyktowane są troską o Państwa zdrowie. **Informacje te objęte są tajemnicą lekarską.**

Please, read and complete the following questions to the best of your knowledge and return the form to your dentist. The questions are to help us provide you with the best possible health care. **The information will be kept confidential.**

Czy aktualnie choruje Pani/Pan na następujące choroby:

Are you currently suffering from any of the following diseases:

TAK/YES      NIE/NO

Choroba wieńcowa / Coronary heart disease .....

Wada serca / Heart defect .....

Nadciśnienie tętnicze / Arterial hypertension .....

Zaburzenia rytmu serca / Arrhythmia .....

Astma oskrzelowa / Bronchial asthma .....

Choroby nerek / Kidney diseases .....

Padaczka / Epilepsy .....

Choroby tarczycy / Thyroid diseases .....

Cukrzyca / Diabetes .....

Jaskra / Glaucoma .....

Refluks / Gastro-oesophageal reflux disease (GORD) .....

Alergie / Allergies .....

Jakie alergeny / List allergens

.....

Czy choruje Pani/Pan na inną – nie wymienioną wyżej – chorobę? Proszę wymienić jaką

Have you been suffering from any other diseases not mentioned above? Please, specify

Czy chorował/a Pan/Pani na żółtaczkę zakaźną? Jeśli tak, proszę podać typ

Have you ever had jaundice? If yes, please indicate the type .....

Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusa WZW (wirusowe zapalenie wątroby) typu B lub C?

Are you carrier of hepatitis type B or C? .....

Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusa HIV?

Are you carrier of HIV? .....

Czy przeżył/a Pan/Pani zawał mięśnia sercowego?

Have you ever had a heart attack? .....

Czy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej w obrębie twarzy?

Have you ever had any facial cosmetic medicine treatment? .....

	TAK/YES	NIE/NO
Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca? <i>Do you have a pacemaker?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ma Pani/Pan wszczepioną endoprotezę? <i>Do you have any endoprosthesis (e.g. hip replacement).</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy był/a Pan/Pani operowany/a? Jeśli tak, to z jakiego powodu? <i>Have you undergone any surgeries? Please, specify</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
Czy był/a Pan/Pani poddany/a radioterapii lub chemioterapii przeciwnowotworowej? <i>Have you ever undergone radiotherapy or chemotherapy?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy był/a/ Pan/Pani kiedykolwiek pod opieką lekarza psychiatry lub psychologa? <i>Have you ever been under the care of a psychiatrist or psychologist?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy występują u Pani/Pana skłonności do łatwych i obfitych krwawień? <i>Have you ever had trouble with prolonged bleeding?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane znieczulenia (zastrzyki) w jamie ustnej? <i>Have you ever had a local anaesthesia (injection) in the mouth?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przyjmuje Pani/Pan leki przeciwzakrzepowe np. Acard, Aspiryna, Clexane, Fraxiparine, Sintrom, Acekumarol <i>Have you been taking anticoagulant drugs: Acard, Aspirin, Clexane, Fraxiparine, Sintrom, Acekumarol?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przyjmuje Pani/Pan aktualnie jakieś leki? W tym przeciw osteoporozie, t.j. bifosfoniany Jeśli tak, proszę wymienić jakie: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Please, list all medications you are currently taking:</i> .....		
Czy pali Pani/Pan tytoń? <i>Do you smoke?</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, proszę podać tydzień ciąży <i>Are you pregnant? If yes, please indicate the week</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		

**Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zobowiązuję się bezzwłocznie informować o ewentualnych zmianach jakie mogą zajść w stanie mego zdrowia.**

**To the best of my knowledge, the above information is true and I will immediately inform my dentist of any changes in my health status.**

.....  
Data i podpis pacjenta  
*Date and patient's signature*

.....  
Podpis i pieczętka lekarza  
*Signature and doctor's stamp*

Po zapoznaniu się z informacją administratora (zawartą w formularzu zgody na przetwarzanie danych osobowych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w trybie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r.

*Having read the information of the controller (contained in the consent form for the processing of personal data), I consent to the processing of my data pursuant to Article 6(1)(a) and Article 9(2)(a) of the Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) OJ. EU. L. 2016.119.1 of 4 May 2016.*

.....  
Data i podpis pacjenta  
*Date and patient's legible signature*