Анкета Пациента

Я (мой ребёнок) _____ _____._____._____,
ФИО пациента день месяц год рождения
проживающий по адресу: _____,
паспорт (св-во о рождении)_____.
(серия и номер, кем выдан)

О состоянии своего здоровья (своего ребёнка) сообщаю следующее:

Последнее посещение врача (стоматолога/ортодонта/хирурга): _____
(месяц, год)

1. Наличие аллергии (лекарственная, пищевая, другие виды) _____ Симптомы: _____
(да / нет)

Чем лечится приступ аллергии?_____

2. Группа крови_____ Резус-фактор_____

3. Страдает ли Пациент заболеваниями:	**да**	**нет**
сердца		
почек		
печени		
желудочно-кишечного тракта		
легких		
иными (указать)		
4. Страдает Пациент ли:		
-повышенным артериальным давлением		
-пониженным артериальным давлением		
5. Бывали ли припадки, головокружения, обмороки		
6. Бывали ли длительные кровотечения после порезов		
7. Страдает ли диабетом		
8. Наличие беременности		
9. Были ли травмы головы		
10. Перенесенный гепатит		
11. Наличие СПИДа, венерического заболевания		
12. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес		
13. Бруксизм (ночное скрежетание зубами)		
14. Заболевание гайморовых пазух		
15. Употребляет ли Пациент наркотики		
16. Курит ли Пациент?		

17. Принимаемые Пациентом лекарственные препараты_____

18. Состоите ли Вы (ваш ребёнок) на диспансерном учете (у кого)?_____(да/нет)

Я искренне ответил(а) на все вопросы Анкеты, дополнительно хочу сообщить о здоровье Пациента следующее:
_____

Я знаю о том, что в случае приема Пациентом лекарственных препаратов до приема у врача-стоматолога, я обязан(а) сообщить об этом факте врачу-стоматологу.

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.2016 г. " О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие оператору персональных данных ООО "КидСмайл", адрес: 125222, ул.Ген.Белобородова 35/2, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, извлечение, использование, предоставление, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) в медико-профилактических целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, моих персональных данных, отражённых в документах клиники.

В интересах моего обследования и лечения я предоставляю право работникам Оператора передавать мои персональные данные другим медицинским организациям в случае необходимости их привлечения для оказания отдельных видов медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе медицинского страхования на обмен (приём и передачу) моих персональных данных со страховой организацией и территориальным фондом ОМС, в порядке ст.13 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ " Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации."

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего договора.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения расчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

«___»_____20__ года ФИО_____/_____/Подпись