

KARTA BADANIA STOMATOLOGICZNEGO

NAZWISKO.....
 Data urodzenia.....
 Adres.....
 Kod pocztowy.....
 data pierwszej wizyty.....

IMIĘ.....
 PESEL.....
 numer telefonu.....
 adres e-mail.....

Wywiad ogólnolekarski -załącznik nr 1

Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne, protetyczne

Zapoznałem się z regulaminem przychodni

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są przez mnie zrozumiałe i zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przed rozpoczęciem najbliższej wizyty w gabinecie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie /przechowywanie, wykorzystanie/ moich danych osobowych /nazwisko, adres/ w tutejszej placówce w związku moim leczeniem.

Podane przez Państwa dane są objęte tajemnicą lekarską.

.....
 podpis pacjenta

.....
 data

.....
 podpis lekarza

staw skroniowo-żuchwowy - trzaski - trzeszczenia - bóle - jednostronne - parafunkcje - zaciskanie - zgrzytanie - dwustronne	Błona śluzowa.....	Policzki.....
	Wargi.....	Język.....
	Podniebienie.....	Dno jamy ustnej.....
	Higiena.....	

