



DENTAL CORNER
CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI

PORADNIK PACJENTA

SZANOWNI PACJENCI

Witamy w **DENTAL CORNER** CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI!

Dziękujemy za zaufanie jakim nas Państwo obdarzacie, podejmując decyzję o rozpoczęciu leczenia w naszej klinice. Dokładamy starań, aby leczenie w **DENTAL CORNER** było komfortowe, nie wiązało się z bólem i przebiegało w przyjemnej atmosferze, a świadczone usługi spełniały Państwa wymagania.

Zapraszamy do zapoznania się z poradnikiem **DENTAL CORNER**. Znajdziecie w nim Państwo niezbędne informacje dotyczące procesu leczenia, wzory dokumentów do wypełnienia, a także mapkę dojazdu do naszej Kliniki.

Jeżeli mają Państwo dodatkowe pytania dotyczące wizyty w **DENTAL CORNER** prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: 71 394 50 75 lub mailowy: info@dentalcorner.pl. Zapraszamy też na stronę www.dentalcorner.pl, gdzie znajdziecie Państwo informacje dotyczące pełnej oferty naszej kliniki oraz akcji promocyjnych.

Do zobaczenia
Zespół **DENTAL CORNER**



DENTAL CORNER
CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI



SPIS TREŚCI





O DENTAL CORNER

DENTAL CORNER CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI zostało stworzone z myślą o wymagającej grupie Pacjentów, oczekujących leczenia stomatologicznego na najwyższym poziomie w komfortowych warunkach. Zaufali nam Pacjenci nie tylko z Dolnego Śląska, ale też z innych regionów Polski oraz z zagranicy. Dzięki własnemu, zapleczu diagnostycznemu oraz własnej pracowni protetycznej, jesteśmy w stanie wykonywać wszelkie uzupełnienia protetyczne w krótkim czasie.

Na sukces **DENTAL CORNER** składa się przede wszystkim zespół wyjątkowych specjalistów. Długoletnie doświadczenie wzbogacane udziałem w specjalistycznych szkoleniach daje Pacjentom pewność, że otrzymują leczenie na najwyższym poziomie. W ramach naszych usług oferujemy kompleksowe leczenie w zakresie implantologii, protetyki, stomatologii estetycznej, chirurgii, endodoncji, stomatologii zachowawczej oraz ortodoncji.

Dodatkowo w **DENTAL CORNER** kids zapewniamy profesjonalną opiekę stomatologiczną najmłodszym Pacjentom, czeka na nich kącik zabaw i wiele innych „umilaczy”.

Nasza klinika jest przystosowana dla osób niepełnosprawnych.

Lokal jest klimatyzowany.





O CZYM WARTO WIEDZIEĆ?

Pierwsza konsultacja stomatologiczna w DENTAL CORNER trwa od 15–30 minut (nie dotyczy to konsultacji implantologicznej i ortodontycznej, których ceny zawarte są w cenniku). Podczas pierwszej konsultacji Pacjent uzyskuje indywidualną poradę dotyczącą planu leczenia.

- ◆ Warunkiem przystąpienia do konsultacji stomatologicznej jest posiadanie aktualnego zdjęcia RTG jamy ustnej. Jeżeli Pacjent posiada zdjęcie w wersji cyfrowej (nie starsze niż 6 miesięcy), może przynieść je na wizytę. Jeżeli Pacjent nie posiada zdjęcia, może wykonać je bezpośrednio przed konsultacją. Każdy pacjent może otrzymać kopię zdjęcia w formie elektronicznej.
- ◆ Jesteśmy świadomi umiejętności naszych lekarzy, naszego doświadczenia i technologii, dlatego dajemy Pacjentom gwarancję na usługi stomatologiczne wykonywane w DENTAL CORNER, w tym dożywotnie gwarancje na leczenie implantologiczne PREMIUM oraz gwarancję na leczenie endodontyczne (o warunkach gwarancji przeczytasz na www.dentalcorner.pl).
- ◆ **Leczenie bez bólu i strachu** – w DENTAL CORNER umożliwiamy naszym Pacjentom wybór odpowiedniego dla nich sposobu znieczulenia.
 - ▶ **komputerowe znieczulenie QUICK SLEEPER** – całkowicie bezbolesny sposób znieczulania, bardziej skuteczny sposób znieczulania.
 - ▶ **gaz rozweselający** – podanie podtlenku azotu pozwala spędzić czas na fotelu stomatologicznym w miłym nastroju.
 - ▶ **leczenie w narkozie** – przy dużym zakresie prac możliwe jest jej przeprowadzenie w asyście anestezjologa.
- ◆ W przypadku skomplikowanego leczenia konieczne może się okazać wykonanie **tomografii komputerowej (TK)**. Każdy pacjent może otrzymać kopię zdjęcia w formie elektronicznej.
- ◆ **Jasna polityka cenowa** – wspólnie ustalany harmonogram leczenia, zawierający jasno określone kwoty, to gwarancja, że żaden z naszych Pacjentów nie zostanie zaskoczony ceną przeprowadzonego zabiegu. Dodatkowym udogodnieniem dla naszych Pacjentów jest możliwość kredytowania leczenia. (szczegóły na www.dentalcorner.pl oraz na www.ratalnie.com)





JAK DO NAS TRAFIĆ?



DENTAL CORNER
CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI

ul. Bezpieczna 2
51-114 Wrocław
tel. 71 394 50 75
kom. 660 727 972

info@dentalcorner.pl



DOKUMENTY DO WYPEŁNIENIA

Poniższy zestaw dokumentów to zbiór formularzy, których wypełnienie jest warunkiem rozpoczęcia leczenia stomatologicznego w DENTAL CORNER. Czasami zdarza się, że niedokładnie pamiętamy informacje związane z historią leczenia szpitalnego, przyjmowanymi lekami czy przebytymi chorobami, dlatego przekazujemy Państwu zestaw dokumentów aby wypełnić je bez pośpiechu, w domu.

Wszystkie formularze dostępne są również w naszej klinice, jeżeli jednak zechcecie Państwo zapoznać się z dokumentami i wypełnić je w domu, prosimy o wydrukowanie i zabranie materiałów ze sobą na wizytę.





KARTA PACJENTA

1. DANE PERSONALNE

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

Pesel

2. DANE ADRESOWE

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

3. DANE KONTAKTOWE

e-mail

telefon komórkowy

telefon stacjonarny

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych dla celów Prywatnej Praktyki Stomatologicznej Dental Corner zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997 r. Nr 133 poz. 883).

Wyrażam zgodę na stosowanie podczas zabiegów zapisów monitoringu wizyjnego oraz dźwiękowego. Zapisy monitoringu mogą być przetwarzane jedynie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, ochrony mienia oraz kontroli i doskonalenia procesu obsługi pacjenta.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH (ADO)

Administratorem danych osobowych (ADO), w tym danych z monitoringu (wizyjnego oraz dźwiękowego) jest Łukasz Wojszwillo prowadzący działalność pod nazwą DENTAL CORNER ŁUKASZ WOJSZWIŁŁO z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Bezpiecznej 2, 51-114 Wrocław, NIP: 8942693154, kontakt: 71 352 63 54, rejestracja@dentalcorner.pl. Inspektor Danych Osobowych:

CEL I PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe pozyskane z monitoringu są przetwarzane w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, ochrony mienia oraz kontroli i doskonalenia procesu obsługi pacjenta. Pozostałe dane osobowe są przetwarzane w związku z realizacją usługi medycznej i niezbędne do jej wykonania. Przetwarzanie danych osobowych z nagrań monitoringu odbywa się ze na podstawie art. 6 ust. 1 f) ogólnego rozporządzenia o danych osobowych (RODO) w związku z art. 222 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy, natomiast przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie pacjenta odbywa się na podstawie wyrażonej przez pacjenta zgody i są niezbędne do wykonania usługi w związku z art. 6 ust 1 pkt a) RODO.

PRZEKAZYWANIE DO DANYCH

Dane osobowe nie będą przekazywane innym podmiotom, za wyjątkiem przypadków wynikających z przepisów prawa lub związanych z obsługą systemów informatycznych. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.

OKRES PRZECHOWYWANIA

Dane osobowe z monitoringu będą przechowywane przez okres maksymalnie 3 miesięcy, natomiast pozostałe dane przez cały okres realizacji usługi przez z ADO, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z terminami wynikającymi z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

PRAWA JEDNOSTKI

Każdy, czyje dane osobowe są przetwarzane, ma prawo: dostępu do swoich danych osobowych i otrzymania kopii danych osobowych podlegających przetwarzaniu, sprostowania swoich nieprawidłowych danych, żądania usunięcia danych (prawo do bycia zapomnianym) w przypadku wystąpienia okoliczności przewidzianych w art. 17 RODO, żądania ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach w skazanych w art. 21 RODO, przeniesienia dostarczonych danych, przetwarzanych w sposób zautomatyzowany, wniesienia skargi do organu nadzorczego.





WYWIAD LEKARSKI

IMIĘ I NAZWISKO:

1. CZY BYŁ PAN/PANI W SZPITALU W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT? *(proszę wybrać 1 odpowiedź)*
Tak Nie Nie wiem

2. CZY BYŁ PAN/PANI OPEROWANY W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT?
Tak Nie Nie wiem

3. CZY WYKONYWAŁ PAN/PANI W OSTATNIM CZASIE:
Przekłuwanie uszu (lub innej części ciała)
Tatuaż
Zabieg kosmetyczny
Nie wykonywałem zabiegów upiększających

4. CZY CHORUJE PAN/PANI NA TAKIE CHOROBY JAK: *(proszę zanaczyć 1 z odpowiedzi)*

Hemofilia	Tak	Nie	Nie pamiętam
Cukrzyca	Tak	Nie	Nie pamiętam
AIDS	Tak	Nie	Nie pamiętam
Choroba wieńcowa	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niewydolność nerek	Tak	Nie	Nie pamiętam
Miażdżyca	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niewydolność krążenia	Tak	Nie	Nie pamiętam
Przebyty zawał	Tak	Nie	Nie pamiętam
Nadkwasota	Tak	Nie	Nie pamiętam
Padaczka	Tak	Nie	Nie pamiętam
Astma	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niedoczynność tarczycy	Tak	Nie	Nie pamiętam
Nadczynność tarczycy	Tak	Nie	Nie pamiętam
Inne nieuwzględnione powyżej <i>(jakie?)</i>			

5. CZY CIERPI PAN/PANI NA ALERGIE *(jakie?)*

6. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ PAN/PANI PODAWANE ZNIECZULENIE?
Tak Nie Nie wiem

7. CZY JEST PANI W CIĄŻY? Tak Nie Nie wiem

8. CZY AKTUALNIE PRZYJMUJE PAN/PANI LEKI?
Tak *(z jakiego powodu? proszę podać nazwy leków)* Nie

.....





WYWIAD LEKARSKI MAŁEGO PACJENTA DENTAL CORNER kids



DENTAL CORNER
kids

Rodzice przygotowaliśmy dla Was wywiad lekarski, którego celem jest bliższe poznanie historii leczenia Waszego dziecka.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:

WIEK:

Miejscowość i data

Czytelny podpis rodzica/opiekuna dziecka

.....

1. ILE RAZY PAŃSTWA DZIECKO ODWIEDZIŁO DO TEJ PORY STOMATOLOGA?

Nigdy 1–2 razy 3–4 razy 5 i więcej razy

2. CZY DZIECKO BRAŁO UDZIAŁ W WIZYCIE ADAPTACYJNEJ?

Tak Nie

3. CZY DZIECKO MIAŁO WCZEŚNIEJ LECZONE ZĘBY?

Tak (które zęby i z jakiego powodu?) Nie

4. CZY KIEDYKOLWIEK PAŃSTWA DZIECKO MIAŁO PODAWANE ZNIECZULENIE?

Tak Nie Nie wiem

5. CZY W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT DZIECKO BYŁO W SZPITALU?

Tak Nie

6. CZY W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT WASZE DZIECKO PRZESZŁO ZABIEG
CHIRURGICZNY Z NARUSZENIEM POWŁOK CIAŁA?

Tak (jaki?) Nie

7. CZY PAŃSTWA DZIECKO CHORUJE NA TAKIE CHOROBY JAK: (proszę zanaczyć 1 z odpowiedzi)

Hemofilia	Tak	Nie	Nie pamiętam
Cukrzyca	Tak	Nie	Nie pamiętam
AIDS	Tak	Nie	Nie pamiętam
Choroba wieńcowa	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niewydolność nerek	Tak	Nie	Nie pamiętam
Miażdżyca	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niewydolność krążenia	Tak	Nie	Nie pamiętam
Przebyty zawał	Tak	Nie	Nie pamiętam
Nadkwasota	Tak	Nie	Nie pamiętam



DENTAL CORNER
CENTRUM IMPLANTOLOGII I ORTODONCJI

ul. Bezpieczna 2
51-114 Wrocław
tel. 71 394 50 75
kom. 660 727 972

info@dentalcorner.pl



WYWIAD LEKARSKI MAŁEGO PACJENTA DENTAL CORNER kids

Padaczka	Tak	Nie	Nie pamiętam
Astma	Tak	Nie	Nie pamiętam
Niedoczynność tarczycy	Tak	Nie	Nie pamiętam
Nadczynność tarczycy	Tak	Nie	Nie pamiętam
Inne nieuwzględnione powyżej (<i>jakie?</i>)			

8. CZY W OKRESIE OSTATNICH 6 MIESIĘCY WASZE DZIECKO PRZYJMOWAŁO LEKI?

Tak (*jakie?*) Nie

9. CZY DZIECKO MA STWIERDZONĄ ALERGIĘ NA LEKI?

Tak (*na jakie?*) Nie

10. JAKIE DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIA MIAŁO WASZE DZIECKO W KONTAKCIE Z DENTYSTĄ?

Negatywne Raczej negatywne Neutralne Pozytywne Bardzo pozytywne

11. CZY CHCĄ PAŃSTWO BYĆ OBECNI PODCZAS WIZYTY WASZEGO DZIECKA W GABINECIE?

Tak Nie

