



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](mailto:info@dentalcorner.pl). Zapraszamy też na stronę [www.dentalcorner.pl](http://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](http://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 rozwesalający** – 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](http://www.dentalcorner.pl) oraz na [www.ratalnie.com](http://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](mailto: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).

*Miejscowość i data*

*Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)*

.....

.....







## 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 CHOROJE 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

