

*IME IN PRIIMEK : _____ Ev. št.: _____

*NASLOV : _____

*TELEFON : _____ *e-mail: _____

*DATUM ROJSTVA : _____ SPOL : M / Ž * tel. višina _____ cm, tel. teža _____ kg

Ime in priimek osebe, ki je izpolnila vprašalnik: _____
 (Vprašalnik za nepolnoletne in otroke izpolnijo starši ali skrbniki.) *obvezna polja

1) VPRAŠALNIK O ZDRAVJU PO PRIPOROČILIH FDI

Podatke, ki jih bomo pridobili z vašim sodelovanjem, potrebujemo, da bi zagotovili večjo varnost ob načrtovanem zdravljenju. Tako pridobljeni podatki so zaupne narave in služijo samo v namene zdravljenja. **Pri nepolnoletnem pacientu vprašalnik izpolnijo starši oz. skrbniki.**

- | | | |
|---|----|----|
| 1) Kolikokrat na dan si čistite zobe? _____ desničar/levičar | | |
| 2) Ali uporabljate zobno nitko ? | DA | NE |
| 3) Ali kadite ? če da, koliko na dan _____, koliko let _____ | DA | NE |
| 4) Ali ste bolni (tudi kronično)? navedite bolezen _____ | DA | NE |
| 5) Ali vas je v zadnjih dveh letih zdravil zdravnik? za bolezen _____ | DA | NE |
| 6) Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici ? | DA | NE |
| 7) Katera zdravila jemljete stalno ali pogosto? _____ | | |
| 8) Ali ste imeli komplikacije zaradi splošne ali lokalne anestezije ? | DA | NE |
| 9) Ali ste alergični na kakšne snovi? na katere _____ | DA | NE |
| 10) Ali so pri vas kdaj nastopile motnje v strjevanju krvi ? | DA | NE |
| 11) Ali so vas kdaj obsevali ? | DA | NE |
| 12) Ali, ste imeli kakšno nalezljivo bolezen? (hepatitis, tuberkulozo, aids, covid19) | DA | NE |
| 13) Ali ste kdaj dobili transfuzijo krvi ? | DA | NE |
| 14) Ali bi lahko bili izpostavljeni virusu aidsa (HIV) ? | DA | NE |
| 15) Ali imate protitelesa HIV ? | DA | NE |
| 16) Obkrožite bolezn (stanja), ki ste jih imeli ali jih imate : | | |

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| okvara srčnih zaklopk | bronhiektazije | bolezni ščitnice | alergije |
| prirojena srčna okvara | vasomotorni rinitis | sladkorna b. | ulkus prebavil |
| umetna srčna zaklopka | »pljučni »shunt« | zlatenica | virus. hepatitis |
| motnje srčnega ritma | kronični bronhitis | povečane bezgavke | glavkom |
| srčni spodbujevalnik | stalni kašelj | TBC | artritis, revma. |
| srčni infarkt | sinusitis | spolne bolezni | slabokrvnost |
| endokarditis | astma | visok krvni pritisk | bolezni krvi |
| glavoboli | rak | hemofilija | levkemija |
| vnetja ust in obzobnih tkiv | epilepsija | vrtočlavice | motnje zavesti |
| psihiatrično zdr. | možganska kap | ustna kandidiaza | drugo: _____ |
| 17) Za ženske : ali ste noseči ? | | | DA NE |

2) ORTODONTSKA ANAMNEZA

- | | | |
|--|----|----|
| 1) Ali je bil kdo v družini ortodontsko zdravljen ? | DA | NE |
| 2) Podatki o nosečnosti: nosečnost brez posebnosti rizična nosečnost težek porod | | |
| 3) Dojenje po rojstvu? če da, koliko časa _____ | DA | NE |
| 5) Pogosti prehladi in dihanje skozi usta | DA | NE |

- 6) operiran v preteklosti če da, obkrožite : na glavi v ustih mandlji žrelnica **DA NE**
- 7) Poškodbe v predelu glave, ust ali obraza ? **DA NE**
 poškodbe mlečnih zob (če da, kateri in kdaj _____) **DA NE**
 poškodbe stalnih zob (če da, kateri in kdaj _____) **DA NE**
 poškodba čeljustnega sklepa v preteklosti levo / desno kdaj _____) **DA NE**
- 8) Ali so bili mlečni zobje zdravi ? **DA NE**
- 9) Razvade v preteklosti ali še sedaj:
 - pogosto odprta usta (podnevi / ponoči) **DA NE**
 - steklenička (če da, koliko časa _____) **DA NE**
 - dudu (če da, koliko časa _____) **DA NE**
 - sesanje prsta (če da, koliko časa _____) **DA NE**
 - druge razvade: grizenje nohtov grizenje svinčnikov drugo: _____
- 10) Predel čeljustnih sklepov:
 občutljivost, bolečina (sedaj / v preteklosti / pogosto desno / levo) **DA NE**
 pokanje v sklepu (sedaj / v preteklosti / pogosto desno / levo) **DA NE**
 omejeno odpiranje ust (sedaj / v preteklosti / večkrat) **DA NE**
- 11) Kaj pričakujete od ortodontskega zdravljenja
 *(zakaj ste prišli, kaj vas moti, kaj si želite) ?
 Za pregled sem se odločil/a ker _____
 Za pregled sem se odločil/a po nasvetu osebnega zobozdravnika **DA NE**
 Moti me : nepravilna raščenenost zob videz zob
 Imam / otrok ima : težave pri govoru težave pri jedi
 bolečine težave s čeljustnim sklepom
 Želim samo pregled in mnenje **DA NE**
 Zagotovo si želim spremembo in ortodontski aparat **DA NE**

Potrjujem, da sem se pred pričetkom ortodontskega zdravljenja seznanil in se strinjam z vsemi svetovanimi pisnimi navodili in gradivi, dostopnimi na spletni strani www.ortodontijams.si (Ortodontija in njene posebnosti-ZZZS zloženka, Navodilo pred pričetkom ortodontskega zdravljenja, Varovanje osebnih podatkov).

3) Dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov v zvezi z ortodontskim zdravljenjem:

Zasebni specialistični ambulantni za zobno in čeljustno ortopedijo Tadeja Kramarič-Čizmazija, Cvetkova ul.12, 9000 Murska Sobota in njenim pogodbenim partnerjem **dovoljujem uporabo in obdelavo vseh osebnih podatkov** (ime, priimek, podatki v zdravstveni dokumentaciji, rtg in CBCT posnetki, fotografije intra / ekstraoralno, diagnostični in anamnestični podatki) vse do preklica in v skladu z vsakokratno veljavno zakonodajo, z namenom sodelovanja pri vseh dejavnostih, ki so povezane z dentalnim in ortodontskim zdravljenjem. Seznanjen-a sem, da je obdelava tako pridobljenih podatkov v skladu z vsakokrat veljavno zakonodajo na področju varovanja osebnih podatkov in bodo podatki uporabljeni samo za namen ortodontskega oz dentalnega zdravljenja. (GDPR 2018)

Za uporabo osebnih podatkov ne bom zahteval povračila ali odškodnine. Seznanjen sem, da imam kadarkoli pravico do dostopa in zahteve za omejitev ali preklic soglasja za obdelovanja in brisanje podatkov v skladu s politiko varovanja osebnih podatkov.

Soglašam z izmenjavo podatkov za potrebe pregleda na daljavo (fotografije, rtg posnetki, pisna mnenja – z zakrito identiteto) po elektronski pošti in tudi v primeru uporabe videoklica in aplikacije Zoom za virtualno komunikacijo.

4) Soglasje za fotografiranje in intraoralno skeniranje :

Pristanem na uporabo **fotografiranja / intraoralnega skeniranja** (3D posnetki zob in čeljustnic), ki je sestavni del ortodontskih preiskav in sem seznanjen, da so vsi tako pridobljeni podatki obdelani in skrbno shranjeni v skladu vsakokrat veljavno zakonodajo na področju varovanja osebnih podatkov in bodo uporabljeni samo za namen ortodontskega zdravljenja. (trenutno v veljavi GDPR 2018) Seznanjen sem z prednostmi, koristimi in riziki intraoralnega skeniranja ter alternativnimi metodami in sem imel možnost dobiti odgovor na vsa morebitna vprašanja. Potrjujem, da sem se seznanil in se strinjam tudi z vsemi svetovanimi pisnimi navodili in gradivi , dostopnimi na spletni strani **www.ortodontijams.si** . Podatki, pridobljeni z digitalnim skeniranjem zob in čeljusti (ime in priimek pacienta, 3D digitalni študijski model) se obdelujejo in shranjujejo v skladu s politiko (Privacy Statement) podjetja Align Technology. Inc, 2560 Orchered Parkway, San Jose, CA 95131, s čimer se s podpisom te izjave strinjam. Seznanjen sem, da so podatki shranjeni na strežnikih skupine Align Group zunaj države prebivališča. Skupina Align Group pri tem varuje podatke v skladu s predpisi skupine Align Group Binding Corporate Rules (BCRs-Obvezujoči poslovni predpisi), ki jih najdem na naslovu https://www.aligntech.com/privacy_policy in so usklajeni s politiko varovanja osebnih podatkov v EU.

Seznanjen sem, da imam kadarkoli pravico dostopa in zahteve za omejitev ali preklic soglasja za obdelovanje in brisanje podatkov v skladu s politiko varovanja osebnih podatkov.

S podpisom soglašam z vsemi postavkami in potrjujem pravilnost navedenih podatkov, vsako spremembo bom pravočasno sporočil .

V Murski Soboti, datum:_____

Podpis pacienta_____ **Podpis staršev / skrbnikov:**_____