

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Όνοματεπώνυμο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_ ΤΚ \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο \_\_\_\_\_ Κιν. \_\_\_\_\_

Ημερ. Γέννησης \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Είστε καπνιστής / καπνίστρια; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζεται ημερησίως \_\_\_\_\_

Γνωρίζετε αν υπάρχει ανάγκη προληπτικής χορήγησης αντιβίωσης πριν από οδοντιατρική επέμβαση; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, περιγράψτε την παθολογική κατάσταση: \_\_\_\_\_

Έχετε πρόβλημα υπέρτασης ή στηθάγχης; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι, παίρνετε κάποιο φάρμακο \_\_\_\_\_

Έχετε αλλεργία σε κάτι από τα ακόλουθα;

Φάρμακο ΝΑΙ  ΟΧΙ  Αν ναι σε ποιο(α) \_\_\_\_\_

Τρόφιμο ΝΑΙ  ΟΧΙ  Αν ναι σε ποιο(α) \_\_\_\_\_

Άλλο ΝΑΙ  ΟΧΙ  Αν ναι σε ποιο(α) \_\_\_\_\_

Έχει νοσηλευτεί τους τελευταίους 6 μήνες; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι για ποιο λόγο; \_\_\_\_\_

Παίρνετε αυτή την στιγμή φάρμακα; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι ποιο(α) \_\_\_\_\_

Έχετε να προσθέσετε κάποια σημαντική πληροφορία για την γενική κατάσταση της υγείας σας (πχ διαταραχές της πήξης του αίματος, εγκυμοσύνη κ.α.);

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*Γυρίστε σελίδα*

Οδοντιατρικό ιστορικό

Έχετε να αναφέρετε κάτι από τα παρακάτω

- Πονόδοντο NAI  OXI
- Τραυματισμό δοντιού η προσώπου; NAI  OXI
- Αιμορραγία των ούλων; NAI  OXI
- Είδος οδοντόβουρτσας που χρησιμοποιείτε; Χειροκίνητη  Ηλεκτρική
- Πόσο συχνά βουρτσίζετε; \_\_\_\_\_
- Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα; NAI  OXI
- Εάν ναι πόσο συχνά; \_\_\_\_\_
- Χρησιμοποιείτε στοματικό διάλυμα ; NAI  OXI
- Εάν ναι ποιο και πόσο συχνά; \_\_\_\_\_
- Γνωρίζετε αν τρίζετε ή σφίγγετε τα δόντια σας; NAI  OXI

Ποιος σας σύστησε το ιατρείο μας; \_\_\_\_\_

Επιθυμώ να επικοινωνείτε μαζί μου για υπενθυμίσεις ραντεβού: NAI  OXI

- Επιθυμητός τρόπος επικοινωνίας:
- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| Σταθερό τηλ. | <input type="checkbox"/> |
| Κινητό τηλ.  | <input type="checkbox"/> |
| SMS          | <input type="checkbox"/> |
| E-mail       | <input type="checkbox"/> |

Ημερομηνία.....Υπογραφή.....

## **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ & ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ**

(σύμφωνα με τον Κανονισμό ΕΕ 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27<sup>ης</sup> Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της οδηγίας 95/46/ΕΚ)

### **ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ :** Θεόδωρος Τράκας

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :** Μιχαλακοπούλου 45, 11528, Αθήνα

**E- MAIL :** [info@theodorostrakas.gr](mailto:info@theodorostrakas.gr) ΤΗΛ : 2107245571

### **ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ – ΣΚΟΠΟΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Κατά την προσέλευσή σας στο οδοντιατρείο και πριν την έναρξη παροχής των υπηρεσιών σας, συλλέγουμε τις εξής πληροφορίες:

Το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο την ηλικία, το επάγγελμα, την διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο (π.χ. ΑΜΚΑ, ΑΦΜ, τηλ. επικοινωνίας), που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, τη πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση, ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

Η τήρηση των πληροφοριών αυτών, οι οποίες επικαιροποιούνται, σε κάθε επίσκεψη, αποτελεί νόμιμη υποχρέωση του οδοντίατρου, σύμφωνα με το άρθρο 12 του ΠΔ 39/2009 και διατηρούνται για δέκα (10) χρόνια από την τελευταία επίσκεψή σας. Αποτελεί δε και συμβατική υποχρέωση στα πλαίσια της συμφωνίας μας για την παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η επεξεργασία είναι αναγκαία ιδίως, για την εξακρίβωση της ταυτότητας σας, τη δυνατότητα επικοινωνίας, την έκδοση φορολογικών παραστατικών, των αναγκών παροχής των υπηρεσιών και παρακολούθηση της πορείας της υγείας σας.

### **ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Σας ενημερώνω ότι έχετε δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, αντίταξης της επεξεργασίας, φορητότητας των δεδομένων, υποβολή καταγγελίας στην εποπτική αρχή, σύμφωνα με τα άρθρα 15-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR).

Για να ασκήσετε τα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας εγγράφως, με επιστολή στην ταχυδρομική διεύθυνση Μιχαλακοπούλου 45, 11528, Αθήνα ή με email στην ηλεκτρονική διεύθυνση [info@theodorostrakas.gr](mailto:info@theodorostrakas.gr)  
Εποπτική Αρχή είναι η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Κηφισίας 1-3, Αθήνα).

### **ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Η πρόσβαση στο αρχείο δεν είναι δυνατή σε τρίτους, πλην των, κατ' εξαίρεση, περιπτώσεων που προβλέπονται ρητά από την κείμενη νομοθεσία.

Περαιτέρω και αποκλειστικά για τις ανάγκες της θεραπείας σας θα σας αποστέλλονται μηνύματα τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ενημερωτικά της κατάστασής σας ή για υπενθύμιση περιοδικού ελέγχου, ενώ προσωπικά στοιχεία σας, δύνανται να επεξεργαστούν συνεργάτες του οδοντιατρείου ( οδοντίατροι, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντοτεχνίτες) χωρίς να απαιτείται προηγούμενα ειδική ενημέρωσή σας.

Οι τρίτοι στους οποίους διαβιβάζονται τα προσωπικά σας στοιχεία δεν δικαιούνται να κάνουν χρήση για άλλους σκοπούς. Παράλληλα, ισχύει και το οδοντιατρικό απόρρητο.

Έλαβα γνώση και συναινώ

Ο ασθενής