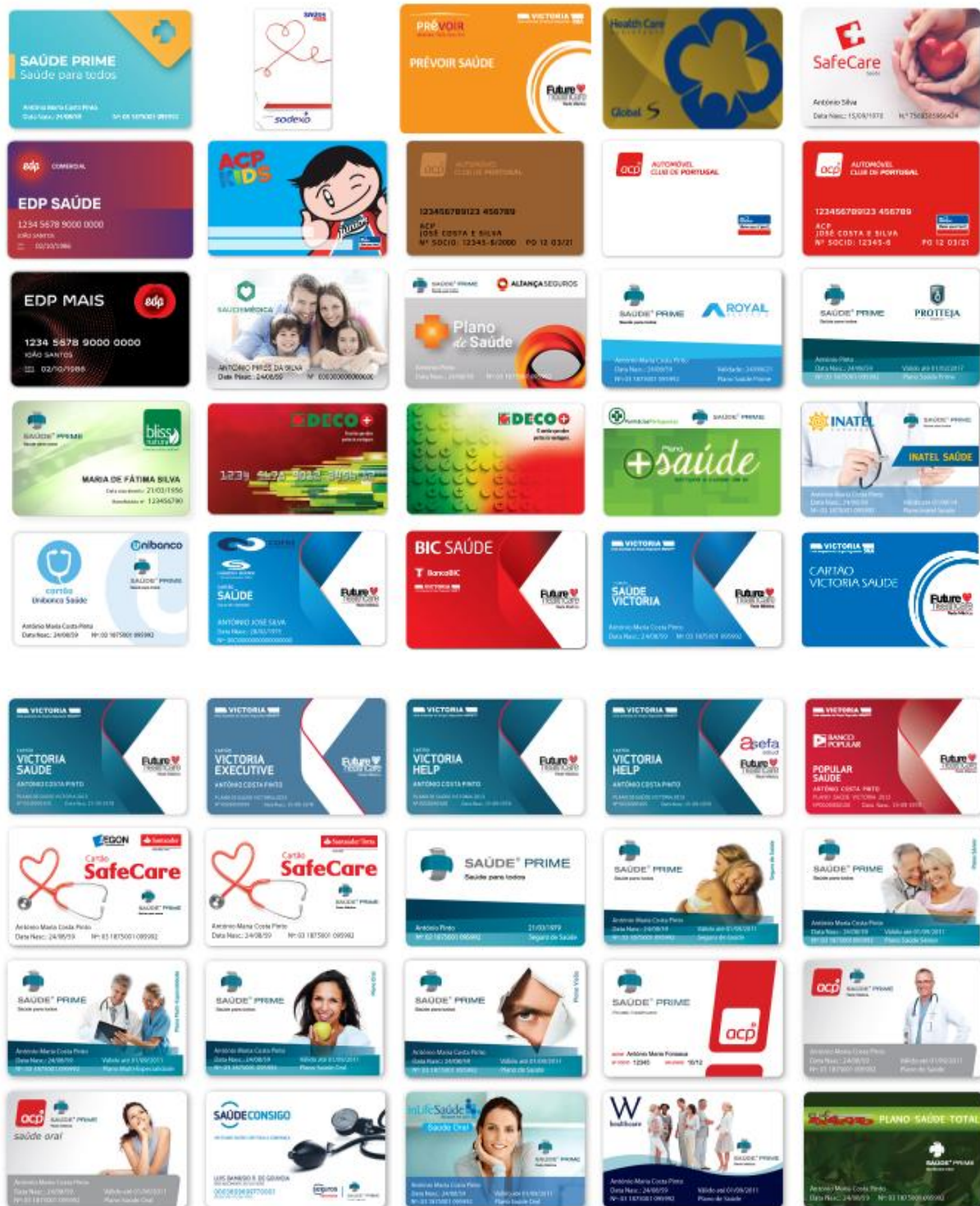


Cartões de Saúde – Future Healthcare



Nº Paciente		Utente:		
4011				
Nome:	NEIA VARELA			
Morada				
C.P:			Localidade:	

9+

Contacto:		Profissão:		
Data de Nascimento:		E-mail:		
Gestor:	SUSANA RAMOS		Seguro:	
Fuma? _____		Quantidade? _____		Toma / tomou algum tipo de drogas? _____
Quantos cafés bebe por dia? _____		Costuma sentir mau hálito? _____		
Está grávida ou pensa estar?		Tem dificuldades de cicatrização? _____		
A quanto tempo Não vai ao dentistas?		Menos de 1 ano?	Entre 1 e 2 anos?	Mais de 2 anos?
Que Tramento realizou?				
É alérgico ou já teve alguma reacção alérgica a algum medicamento?				
Anestesia	Codeína	Aspirina	Calmante	
Sulfamidas	Penicilina	Outros antibióticos	Outro: _____	
Pressão Arterial:		Peso:	Altura:	
Faz algum tipo de medicação?				
Antibióticos	Insulina	Hormonas	Calmantes	
Anticoagulantes	Aspirinas	Cortisona	Hipertensivos	
Tem ou já teve algum dos seguintes problemas?				
Enfarte	Reuma Cardíaco	Tensão alta	Dor no Peito	
Sopro Cardíaco	Def. Respiratória	Tensão baixa	Outros	
Tem alguma doença infecto-contagiosa?				
Hepatite A, B, C	Tuberculose	VIH HIV	Outras	
Tem ou já teve alguma das seguintes alterações?				
Cancro	Colesterol	Artrite	Pulmonares	
Diabetes	Depressão	Epilepsia	Outras	

Paciente

Gestor

Regulamento Geral de Proteção de Dados

Exmo(a).Sr(a)

A Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética garante a confidencialidade dos dados e compromete-se que os mesmos serão utilizados unicamente para as finalidades relacionadas com as actividades desta.

Os dados pessoais cujo tratamento se autoriza pela presente declaração não poderão servir para quaisquer fins de comercialização direta ou outros de natureza comercial, incluindo a definição de perfis ou para quaisquer outras decisões automatizadas e poderão ser objeto de portabilidade nos termos do art.º 20.º do RGPD.

A Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética, é a entidade responsável pelo tratamento de dados pessoais.

A Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética preocupa-se com o direito à transparência relativamente aos dados dos seus pacientes como tal o paciente deverá aceitar o tratamento dos seus dados pessoais dando o seu expresso consentimento para :

- O envio de sms e chamadas de marcação de consultas
- O envio de sms e chamadas de confirmação de consultas
- O envio de campanhas da própria clínica/ O envio de sms de Aniversários

Desta forma assegura, que podemos continuar em contacto consigo e os seus dados pessoais serão tratados em conformidade com a nossa Política de Privacidade.

Lembramos, que a qualquer momento poderá, sem qualquer encargo, exercer o direito de retirar o consentimento anteriormente concedido, pedir a correção, modificação, restrição, anonimização ou eliminação dos seus dados pessoais, solicitar uma explicação sobre o tratamento e exercer o direito de reclamar junto da autoridade de controlo.

Estes direitos podem ser exercidos por carta à Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética, com morada Rua Ary dos Santos nº 9 A- 2720-053 Amadora, e email geral@dentialsense.pt

Em nome da Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética agradecemos antecipadamente a renovação da sua confiança nos nossos serviços e pessoas.

Autorizo a utilização dos meus dados com as finalidades acima descritas e para assuntos relacionados com a Dentalsense-Clinica Dentária,Médica e Estética.

SIM ☐
NÃO ☐

Assinatura do paciente ou responsável legal

Data:

É importante que compreenda o seguinte:

- Será tratado por Médicos Dentistas com cédula profissional da Ordem dos Médicos Dentistas.
- Deve realizar a sua higiene oral antes de se dirigir à consulta, podendo inclusive realizá-la no WC da Clínica.
- É importante que chegue 5 a 10 minutos antes da sua consulta.
- As consultas duram em média 1 hora. A especificidade dos atos médico-dentários pode condicionar o cumprimento do horário da consulta. Por isso agradecemos a melhor compreensão.
- Poderá ser encaminhado para mais do que um médico dentista, de acordo com a especificidade do tratamento necessário.
- Dependendo da complexidade do seu estado de saúde oral, o tratamento completo poderá durar vários meses.
- Será contactado na véspera para confirmação da sua comparência à consulta. É importante que não falte. As faltas e constantes desmarcações comprometem o funcionamento da clínica, aumentam as listas de espera, atrasam e colocam em risco o sucesso de seu tratamento.
- Em caso de Urgência ligue ou compareça na Clínica.

Aceitação do Plano de Tratamentos

Este documento foi elaborado para ajudar a informar o paciente sobre o procedimento médico proposto, os seus riscos e alternativas.

Não deverá considerar que este documento inclui todos os aspetos relativos ao procedimento médico, Poderá ser fornecida informação adicional ou diferente, tendo em conta situações atuais e/ou decorrentes no tratamento.

- a) Declaro de livre e esclarecida vontade ter compreendido os objetivos do tratamento médico proposto e explicado, tendo me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta suficiente e esclarecedora.
Estou consciente que a prática da Medicina Dentária, se rege pela Legis Artis, não sendo uma ciência exata e que está dependente de inúmeros fatores . Não me foi dada garantia de sucesso nem de durabilidade de resultados relativamente ao plano de tratamento proposto.
- b) Declaro ter compreendido as vantagens, desvantagens e eventuais riscos de procedimento médico a realizar, incluindo, mas não se limitando a: não osteointegração do implante; inflamação; edema; infecção; equimose; entorpecimento sensitivo (exata extensão e duração desconhecidas); danos para os dentes existentes; fraturas ósseas; penetração do seio maxilar; cicatrização demorada. Compreendo que estas complicações podem surgir, mesmo quando os procedimentos e as técnicas usadas forem as mais corretas.
- c) Concordo em cooperar com o médico no controlo pós-tratamento e realizar consultas periódicas indicadas para manutenção do tratamento. Fui informado que o consumo de álcool e tabaco pode condicionar a osteointegração do implante.
- d) Declaro de livre e esclarecida vontade autorizar a captação de imagens pessoais, independentemente do tipo de suporte pelo qual sejam obtidas, incluindo as constantes da minha ficha clínica de saúde ou de outras obtidas para semelhante finalidade, para efeitos de estudo e análise da evolução do tratamento médico . Entendo e autorizo ainda que as referidas imagens pessoais possam ser colocadas em sites pertencentes ou da responsabilidade da Clínica DentalSense. Da utilização supra-referida a minha identidade pessoal não será divulgada, nem será, em caso algum dado ou permitido o acesso aos meus dados pessoais, sem o meu expresso consentimento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

PLANO SAUDE E REABILITAÇÃO ORAL													
HIGIENE ORAL A6.03.01.01													
DESTAR. A6.01.02.01		REMO. PIGMENTO A6.01.02.05		CURETAGEM A6.02.02.02	1Q	2Q	3Q	4Q		MANUT. PERIO A6.03.01.01		EM	MESES
DENTISTERIA													
REST.	RESINA COMPOSTA									AMALGAMA A3.01.01.01			
1 FACE A3.01.02.01													
2 FACES A3.01.02.02													
3 FACES A3.01.02.03													
4 FACES A3.01.02.04													
5 FACES A3.01.02.05													
PROT PULP	IONOSEAL A3.04.01.01									MTA A3.04.01.02			
ENDODONTIA													
	1 /2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3 /4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
PREP. QUIM. A4.02.01.01/02/03													
	1 / 2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3/4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
APLICA. MED. A4.14.01.01/02/03													
	1 /2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3/4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
	1 FC	2 FC	3 FC	4 FC	5 FC	1 FC	2 FC	3 FC	4 FC	5 FC			
REST. PROV. A3.03.05.01/02/03													
	1 / 2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3 CANAIS (1 APLICAÇÃO)								
OBTURAÇÃO A4.01.02.01/02/03													
ESPIGÃO	METALICO A3.05.01.01									FIBRA A3.05.01.02			
REENDODONTIA													
	1 CANAL (1 APLICAÇÃO)				2 CANAIS (1 APLICAÇÃO)								
DESOBTURAÇÃO A4.04.03.01/02/03													
	1 /2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3 /4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
PREP. QUIM. A4.04.01.01													
	1 / 2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3/4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
APLICA. MED. A4.14.01.01													
	1 /2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3/4 CANAIS (2 APLICAÇÕES)								
	1 FC	2 FC	3 FC	4 FC	5 FC	1 FC	2 FC	3 FC	4 FC	5 FC			
REST. PROV. OXIDO ZINCO A3.03.05.01/02/03													
	1 / 2 CANAL (1 APLICAÇÃO)				3 CANAIS (1 APLICAÇÃO)								
OBTURAÇÃO A4.04.02.01													
ESPIGÃO	REM. ESPIGÃO A4.05.01.06									METALICO A3.05.01.02		FIBRA A3.05.01.02	
CIRURGIA													
RAIZ MONO A5.02.03.01				RAIZ MULT A5.02.03.02									
DENTE A5.02.01.01				DENTE A5.02.01.02									
D.LEITE MONO A5.01.01.01				D. LEITE MULTI A5.01.01.02									
SISO SIMPLES A5.02.02.02				SEMI-INCLUSO A5.02.04.02						SISO INCLUSO A5.02.05.02			
FRENECTOM	SUP A5.21.01.02			INF A3.05.01.02		GENGIVECTOMIA A6.05.01.01							
ODONTOPEDIATRIA													
AMELOPLASTIA				SELANTES A2.01.01.01									
PULPECTOMIA				MOLDEIRA+ FLUOR									
OBSERVAÇÕES													
										GESTOR		MÉDICO/S	