



DENTAL CORNER
CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ

PORADNIK PACJENTA

SZANOWNI PACJENCI

Witamy w **DENTAL CORNER** CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ!

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: 71 352 63 64 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 STOMATOLOGII RODZINNEJ

* Poradnik Pacjenta można drukować po wypełnieniu



SPIS TREŚCI





O DENTAL CORNER

DENTAL CORNER CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ 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 wzbogacone 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.





O CZYM WARTO WIEDZIEĆ?

Pierwsza konsultacja stomatologiczna w DENTAL CORNER jest bezpłatna i 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. Koszt wykonania zdjęcia w DENTAL CORNER to 80 zł. 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.
- ◆ **Leczenie bez bólu i strachu** – w DENTAL CORNER umożliwiamy naszym Pacjentom wybór odpowiedniego dla nich sposobu znieczulenia.
 - ▶ **komputerowe znieczulenie QUICK SLEPPER** – całkowicie bezbolesny sposób znieczulania, eliminuje nieprzyjemne ukłucie igłą.
 - ▶ **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)**. Koszt wykonania takiej usługi w DENTAL CORNER to 350 zł. 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 STOMATOLOGII RODZINNEJ

ul. Bezpieczna 2
51-114 Wrocław

tel. 71 352 63 54
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

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

.....



WYWIAD LEKARSKI

IMIĘ I NAZWISKO:

1. CZY BYŁ PAN/PANI W SZPITALU W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT?

(proszę wybrać jedną 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 zaznaczyć krzyżykiem jedną 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

Miażdżycy 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 (jakie?)

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

6. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ PAN/PANI PODAWANE
ZNIECZULENIE?

Tak Nie Nie wiem

7. CZY JEST PANI W CIĄŻY?

Tak Nie Nie wiem





WYWIAD LEKARSKI MAŁEGO PACJENTA 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



DENTAL CORNER
kids

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 zostały poddane leczeniu i z jakiego powodu?) Nie

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

Tak Nie

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

Tak (jaki zabieg został wykonany?) Nie

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

Tak (jakie?) Nie

7. CZY DZIECKO MA STWIERDZONĄ ALERGIĘ NA LEKI?

Tak (na jakie?) Nie

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

Negatywne Raczej negatywne Neutralne Pozytywne
Bardzo pozytywne

9. CZY CHCECIE BYĆ OBECNI PODCZAS WIZYTY WASZEGO DZIECKA W GABINECIE?

Tak Nie



DENTAL CORNER
CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ

ul. Bezpieczna 2
51-114 Wrocław

tel. 71 352 63 54
kom. 660 727 972

info@dentalcorner.pl