FORMULARZ ZGŁASZANIA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB

PCSTOM sp. z o.o. | ul. Spokojna 23, 56-400 Oleśnica | PCSTOM/DOST/04/2026

Potrzebujesz dodatkowego wsparcia podczas wizyty stomatologicznej? Zaznacz odpowiednie odpowiedzi lub opisz swoje potrzeby. Możesz poprosić rejestrację o pomoc przy wypełnieniu. Nie musisz podawać diagnozy ani przedstawiać orzeczenia o niepełnosprawności.

1. Kogo dotyczy zgłoszenie?

Imię i nazwisko pacjenta:

Telefon lub e-mail do kontaktu (jeżeli potrzebny):

☐ Zgłaszam potrzeby własne.

☐ Zgłaszam potrzeby pacjenta jako rodzic, opiekun lub osoba upoważniona.

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej (jeśli dotyczy):

2. Jakiego wsparcia potrzebujesz?

Możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi.

☐ Pomoc w wejściu do placówki lub poruszaniu się po niej.

☐ Dostęp bez barier dla wózka / chodzika / innego sprzętu.

☐ Pomoc przy przesiadaniu się na fotel stomatologiczny.

☐ Możliwość pozostania na własnym wózku, jeśli jest to możliwe medycznie.

☐ Obecność osoby towarzyszącej lub wspierającej podczas wizyty.

☐ Wejście i pobyt z psem asystującym.

☐ Spokojne miejsce oczekiwania lub ograniczenie hałasu i bodźców.

☐ Więcej czasu na wizytę lub przerwy podczas badania / leczenia.

3. Jak najlepiej się z Tobą komunikować?

☐ Prostym, zrozumiałym językiem, z wyjaśnianiem kolejnych czynności.

☐ Pisemnie lub za pomocą wiadomości SMS / e-mail.

☐ Za pomocą komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC).

☐ Z wykorzystaniem pętli indukcyjnej albo innych pomocy słuchowych.

☐ Z udziałem tłumacza polskiego języka migowego (PJM).

☐ W inny sposób - opiszę poniżej.

FORMULARZ ZGŁASZANIA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB

PCSTOM sp. z o.o. | część 2 z 2

4. Inne potrzeby podczas wizyty

☐ Potrzebuję wsparcia z powodu trudności sensorycznych, lęku lub stresu.

☐ Potrzebuję indywidualnego sposobu przygotowania do badania / leczenia.

☐ Mam trudność z utrzymaniem określonej pozycji lub z dłuższym siedzeniem.

☐ Potrzebuję dostosowania sposobu umawiania i potwierdzania wizyt.

☐ Chcę omówić z zespołem medycznym dodatkowe potrzeby przed wizytą.

Co jeszcze możemy zrobić, aby ułatwić Ci wizytę? (pole dobrowolne)

5. Termin i sposób kontaktu

Termin planowanej wizyty (jeśli jest znany):

☐ Proszę o kontakt telefoniczny.

☐ Proszę o kontakt SMS-em.

☐ Proszę o kontakt e-mailem.

☐ Proszę o omówienie potrzeb osobiście w rejestracji.

6. Przekazanie zgłoszenia

Formularz możesz przekazać pracownikowi rejestracji PCSTOM przy ul. Spokojnej 23 w Oleśnicy. Jeśli wolisz, możesz zgłosić potrzeby ustnie. Personel pomoże w ustaleniu odpowiednich rozwiązań. Zgłoszenie potrzeb nie zastępuje wywiadu medycznego ani kwalifikacji do leczenia.

Nie wpisuj informacji o diagnozach ani szczegółowej historii leczenia, jeżeli nie jest to potrzebne do organizacji wizyty. Informacje przekazane w formularzu będą wykorzystywane do organizacji dostępnej obsługi pacjenta zgodnie z zasadami ochrony danych osobowych.

Data zgłoszenia: ..... Podpis (opcjonalnie): .....

CZĘŚĆ DLA REJESTRACJI PCSTOM

Data przyjęcia: ..... Przyjął(a): .....

Uzgodnione dostosowanie / osoba odpowiedzialna: .....

.....