

PLACÓWKA:

FORMULARZ ZGŁASZANIA SZCZEGÓLNYCH POTRZEB

Dotyczy dostępności i organizacji wizyty

Ten formularz pomaga nam przygotować wizytę odpowiednio do Twoich potrzeb. Możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi i dopisać własne informacje. Wypełnienie jest dobrowolne. Nie musisz podawać rozpoznania choroby ani posiadać orzeczenia o niepełnosprawności. Możesz również zgłosić potrzeby ustnie, telefonicznie lub przez osobę wspierającą.

1. Dane do kontaktu i informacja o wizycie

Imię i nazwisko lub inny identyfikator

wizyty:

Telefon / e-mail (wybierz dogodną formę):

Termin wizyty (jeśli ustalony): ☐ Potrzebuję pomocy w umówieniu wizyty

Formularz przekazuje: ☐ pacjent/pacjentka ☐ opiekun/osoba wspierająca ☐ inna osoba

2. Jak możemy ułatwić Ci kontakt i komunikację?

☐ Kontakt SMS lub e-mail zamiast rozmowy telefonicznej

☐ Kontakt telefoniczny / rozmowa z personelem

☐ Prosty język, krótkie komunikaty i dodatkowy czas na wyjaśnienia

☐ Informacje na piśmie, dużą czcionką lub w wersji elektronicznej

☐ Komunikacja pisemna podczas wizyty / pomoc w czytaniu informacji

☐ Tłumacz polskiego języka migowego (PJM) lub inna forma wsparcia komunikacji

☐ Komunikacja alternatywna lub wspomagająca (AAC), np. tablet, obrazki

☐ Obecność osoby zaufanej / opiekuna podczas rozmowy i wizyty

3. Dotarcie do gabinetu i poruszanie się po placówce

- ☐ Potrzebuję informacji o wejściu bez barier, windzie i dostępnej toalecie
- ☐ Poruszam się na wózku / z balkonikiem / o kulach – potrzebuję wolnej przestrzeni
- ☐ Potrzebuję pomocy w dotarciu od wejścia do rejestracji lub gabinetu
- ☐ Potrzebuję miejsca do odpoczynku, możliwości siedzenia lub więcej czasu na przejście
- ☐ Przyjdę z psem asystującym
- ☐ Potrzebuję wsparcia w przesiadaniu się na fotel stomatologiczny – proszę ustalić sposób pomocy

4. Organizacja wizyty i komfort

- ☐ Potrzebuję dłuższego terminu wizyty / dodatkowych przerw
- ☐ Potrzebuję wcześniejszego opisu przebiegu wizyty krok po kroku
- ☐ Proszę uprzedzać mnie przed dotykiem i wykonywaniem czynności
- ☐ Mam nadwrażliwość na światło, dźwięki, zapachy lub dotyk
- ☐ Potrzebuję spokojnego miejsca oczekiwania / ograniczenia bodźców
- ☐ Potrzebuję możliwości obecności osoby wspierającej w gabinecie (o ile jest to możliwe)
- ☐ Potrzebuję innego dostosowania organizacji wizyty (opisz poniżej)

5. Inne potrzeby lub ważne informacje organizacyjne

.....

.....

.....

.....

.....

6. Preferowany sposób odpowiedzi na zgłoszenie

☐telefon ☐SMS ☐e-mail ☐kontakt osobisty ☐przez osobę
wskazaną przeze mnie

Data zgłoszenia:

Podpis (opcjonalnie):

Informacja o danych: Podane informacje wykorzystamy w celu kontaktu i organizacji dostępnej wizyty. Dane będą przetwarzane zgodnie z informacją o ochronie danych osobowych obowiązującą w placówce. Prosimy nie wpisywać szczegółów dotyczących stanu zdrowia, jeżeli nie są niezbędne do ustalenia dostosowań.

Część dla personelu – obsługa zgłoszenia

Data przyjęcia:

Osoba przyjmująca:

Uzgodnione dostosowanie /
działania:

.....

☐Potwierdzono pacjentowi ☐Potrzebny ponowny kontakt

☐Przekazano zespołowi wizyty

Data potwierdzenia:

Osoba odpowiedzialna: