

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

.....
.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.

Zostałem(am) poinformowany(a):

- a) o rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
- b) o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
- c) o zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
- d) o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
- e) o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy (lub częściej - wg zaleceń lekarza, zapisanych w karcie leczenia), co jest warunkiem powodzenia leczenia. Konieczne korekty, zgodne z zaleceniami lekarza, związane ze zmianami podłoża protetycznego (zaniki, utrata zębów, próchnica) lub innymi zmianami nie związanymi z podjętym leczeniem protetycznym a wpływającym na jego efekt (np. niedostateczna higiena jamy ustnej) pacjent finansuje samodzielnie.
- f) *o kosztach leczenia, które akceptuję.*

Zobowiązuję się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru i kształtu zębów, formy uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

