

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

Zgodnie z art. 32 - 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 Listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykonanie planowanego leczenia protetycznego:

Planowane uzupełnienie protetyczne:

Rodzaj wykonywanego zabiegu protetycznego:
przez lek. dent.

Przewidywany koszt leczenia protetycznego:

W dniu rozpoczęcia leczenia Pacjent zobowiązuje się do wpłaty zadatku w wysokości ok. 50% przewidywanego kosztu leczenia protetycznego. Zadatek jest bezzwrotny. W przypadku niezgłoszenia się Pacjenta na wyznaczone terminy kolejnych wizyt, po upływie 30 dni należy przyjąć, że wszystkie procedury należy wykonać od początku, a wpłacony zadatek zostaje przeznaczony na pokrycie dotychczasowych kosztów leczenia protetycznego.

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie mojego zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

- o rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych;
- o tym, że preparacja (szlifowanie) zęba jest zabiegiem nieodwracalnym;
- o tym, że ewentualny demontaż istniejącego uzupełnienia protetycznego jest zabiegiem nieodwracalnym;
- o tym, że w trakcie leczenia protetycznego zęby zabezpieczone będą materiałem tymczasowym, którego wytrzymałość jest ograniczona – może dojść do odcementowania lub pęknięcia uzupełnienia tymczasowego;
- o tym, że w czasie leczenia protetycznego mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych lub antybiotyków;
- o alternatywnych możliwościach leczenia, takich jak:
.....
- o możliwości wystąpienia powikłań, takich jak nadwrażliwość zębów, zapalenie miazgi zęba, zapalenie dziąseł, możliwość wystąpienia uczulenia na materiał, z którego wykonana zostanie praca protetyczna;
- o tym, że w trakcie leczenia protetycznego może zaistnieć konieczność wykonania zachowawczego lub endodontycznego zęba;
- o tym, że konieczne jest bezzwłoczne uzupełnienie ewentualnych pozostałych braków zębowych;
- o tym, że ostateczny zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. W takiej sytuacji wyrażam zgodę na wykonanie korekty kosztorysu;
- o tym, że praca protetyczna może mieć niekorzystny wpływ na wynik badania radiologicznego i rezonansu magnetycznego w obrębie głowy – możliwe artefakty w wyniku badania;
- o tym, że w trakcie leczenia protetycznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęć rentgenowskich;
- o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;
- o kosztach leczenia, które akceptuję, cennik usług stomatologicznych jest dostępny na recepcji Centrum Estetique, jak i na stronie internetowej www.estetique-polanica.pl

Centrum Estetique udziela 2 letniej gwarancji na wykonywane usługi protetyczne.

Ogólne warunki gwarancji:

- Podstawowym warunkiem gwarancji są regularne wizyty kontrolne, na które Pacjent ma obowiązek zgłosić się w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;**
- Gwarancji nie podlegają usługi wykonane u Pacjentów u których występują zaburzenia narządu żucia, naturalne zaniki kości, choroby przyzębia, liczne niewyleczone ubytki próchnicowe oraz braki zębowe, które mogą mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na trwałość wykonanej usługi protetycznej;
- Gwarancja nie obejmuje zmiany estetyki, kształtu i koloru wykonanej pracy protetycznej, której ostateczną akceptację Pacjent podejmuje przed zacementowaniem pracy;

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Data wydruku: 07-01-2019

Estetique s.c., REGON: 021532137
Estetique s.c.



3. Gwarancja nie obejmuje uszkodzeń spowodowanych czynnikami zewnętrznymi;
4. Gwarancja nie obejmuje usługi, której wykonanie nie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego;
5. **Pacjent zobowiązany jest do zachowania prawidłowej higieny jamy ustnej, regularnych wizyt higienizacyjnych, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy;**
6. Szczegółowy regulamin gwarancji na usługi stomatologiczne jest dostępny na recepcji Centrum Estetique, jak i na stronie internetowej www.estetique-polanica.pl

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

Zabieg stomatologiczny może być wykonany w znieczuleniu - znieczulenie wykonywane jest na życzenie Pacjenta. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością Pacjenta. Do powikłań częstych, mniej groźnych należy wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. Powikłania rzadkie to omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna. Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia do zabiegu stomatologicznego.

W trakcie badania lub zabiegu stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Może ono mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum, które pozwala uzyskać poprawny technicznie wynik badania.

Ciąża jest przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego. Wszystkie kobiety powinny zgłaszać fakt podejrzenia lub bycia w ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz dokumentacji fotograficznej, jej przetwarzanie oraz wykorzystywanie w formie uniemożliwiającej identyfikację Pacjenta. Podczas mojego pobytu w Centrum Estetique, w tym w trakcie udzielania świadczeń medycznych wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku oraz wizerunku osób niepełnoletnich pozostających pod moją opieką, za pomocą kamer systemu monitoringu wizyjnego. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną ws. przedmiotowego monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie i na warunkach w niej przewidzianych.

Wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu Pacjenta.

Dokładamy wszelkich starań, aby zaplanowane wizyty odbywały się zgodnie z wyznaczoną godziną, lecz nie zawsze jesteśmy w stanie poprawnie przewidzieć długość zabiegu, dlatego prosimy o wyrozumiałość w przypadku opóźnień nie dłuższych niż 15 minut. W każdej sytuacji, w której ewentualne opóźnienie będzie nam wiadome postaramy się Pana/-ią uprzedzić telefonicznie. Naszym zwyczajem jest telefoniczne przypominanie o zaplanowanej wizycie w dniu poprzedzającym - prosimy o aktualizowanie danych kontaktowych, co ułatwi nam komunikację. Odwołanie terminu wizyty może także nastąpić z przyczyn od nas niezależnych - brak prądu, niedyspozycja lekarza i inne przypadki losowe, za które nie ponosimy odpowiedzialności, o których poinformujemy Pana/-ią telefonicznie, najszybciej jak tylko będzie to możliwe. Koszty dojazdu do gabinetu pokrywa Pacjent.

W przypadku wieloetapowych zabiegów protetycznych nie jesteśmy w stanie przed rozpoczęciem leczenia określić dokładnej daty, kiedy leczenie zostanie zakończone. W rzadkich przypadkach zaplanowane terminy wizyt mogą ulegać zmianie w związku z indywidualnym modelem leczenia protetycznego.

Powyższe zasady przeczytałam/-am i zrozumiałam/-am, uzyskałam/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałam/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałam/-am wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Informacje dodatkowe:

....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
czytelny podpis Pacjenta (Opiekuna)