

Zgoda pacjenta na leczenie protetyczne

Imię i nazwisko pacjenta oraz PESEL:

Planowany zakres prac:

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 leczenia protetycznego w Prywatna Praktyka Dentystyczna Andrzej Wawrzyniak, 62-020 Swarzędz, ul. Polna 5. Plan i kosztorys leczenia protetycznego opisano w załączniku.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia. 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 i fotograficznej w trakcie leczenia oraz po przeprowadzonym uzupełnieniu protetycznym.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. O rodzaju procedur i technice ich wykonania i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że część procedur wykonywana będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. 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.
4. O możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
5. O konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia. Rozumiem, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej, palenia wyrobów tytoniowych i/lub picia alkoholu może dojść do utraty części lub całości wykonanej pracy protetycznej wraz z zębami filarowymi lub do pogorszenia estetyki wykonanych uzupełnień.
6. O kosztach zabiegu i leczenia, które zostały mi przedstawione i które akceptuję.

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, takiej jak zmiana koloru, kształtu i ustawienia zębów, to zobowiązuję się pokryć koszty z tym związane.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, uzupełnienie protetyczne jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

Data i czytelny podpis pacjenta
(rodzica lub opiekuna)