

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL,.....

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego: .

Zgodnie z ustawą z dn. 6 listopada 2008 r. o prawa pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta(Dz. U. z – 2009 r. nr 52, poz.417 z późn. zm.) oraz na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oaz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010r. nr 252, poz. 1697), wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego. -

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. 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):

1. o rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
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 na okresowe badania stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
6. o kosztach leczenia, które akceptuje
7. o tym, że warunkiem prawidłowego funkcjonowania prac protetycznych jest zrealizowanie całościowego planu leczenia. Zrealizowanie tylko części planu leczenia może skutkować uszkodzeniem zębów i uzupełnień protetycznych oraz może być przyczyną

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, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po 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 – 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 dentystry

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub Opiekuna)