

ZGODA NA LECZENIE PROTETYCZNE STR 1

Imię i nazwisko oraz PESEL pacjenta:

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie protetyczne wykonane przez lekarza.....

Rozpoznanie oraz planowany i zaakceptowany przez Pacjenta projekt uzupełnień protetycznych:.....

ZĘBY:

PROCEDURA:

KOSZTY:

UWAGI:

1. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach, ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

2. Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie aktualnych informacji co do mojego stanu zdrowia zgodnie z:

1. ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszej zgody.

TAK/NIE

2. ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta (bez zmian).

TAK/NIE

3. nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych

TAK/NIE

3. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że ww. dane są danymi poufnymi.

4. Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po założeniu uzupełnień protetycznych.

5. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. dobór koloru, kształtu i ustawienia zębów uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony, jako zgodny z moimi oczekiwaniami przez złożenie podpisu. Jeżeli po tym fakcie chciałbym(-abym) dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

6. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie 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.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o tym, że:

a. w czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo – korzeniowego, co wiąże się z dodatkowymi kosztami;

b. jeżeli praca protyczna wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową;

c. w przypadku licówek - zmiana koloru własnego zęba może spowodować wrażenie, że osadzona na nim licówka porcelanowa zmieni odcień;

a. w przypadku stosowania wkładów koronowo – korzeniowych podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ścian korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia – ekstrakcja zęba;

b. ból zęba lub tkanek otaczających oraz głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży);

c. powikłania, które mogą wystąpić to m.in.:

1. pęknięcie, złamanie zęba;

2. obrzęk, ropień, krwawk;

3. krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym;

4. problemy natury estetycznej;

5. problemy z jedzeniem i mówieniem;

6. nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe;

7. nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne;

d. zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił gryzowych, wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych nieplanowanych wcześniej kosztów;

e. ewentualne powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniem co do zastosowania możliwych rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla Pacjenta efektu.

7. Jestem świadomy, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy protetycznej do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu. W sytuacji, gdy w trakcie prowadzonego leczenia protetycznego odwołam moją zgodę lub zrezygnuję, zobowiązuję się pokryć wszelkie dotychczas poniesione koszty przez HappySmile Gabinet Stomatologii i Medycyny Estetycznej.

8. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o celu i konieczności oraz możliwości leczenia protetycznego zęba/zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.

9. Oświadczam, że 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, ich wadach, zaletach i ryzyku z nimi związanym, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałem(-am) możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem(-am) dodatkowe wyjaśnienia.

10. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

11. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Dlatego w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

12. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

ZGODA NA LECZENIE PROTETYCZNE STR 2

13. Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku zwłoki w leczeniu protetycznym lub jego przerwania w trakcie mogą zmienić się warunki mojego zdrowia i uzębienia, m.in. mogą nastąpić minimalne samoistne przesunięcia zębów, które uniemożliwiają wykorzystanie wcześniej przygotowanych materiałów i prac protetycznych. Zwłoka lub przerwa w leczeniu powoduje, że wszystkie prace będą musiały być wykonane od początku. W przypadku zwłoki lub przerwania leczenia z przyczyn leżących po mojej (Pacjenta) stronie, zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia protetycznego. W takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia protetycznego.

14. Zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.

15. Akceptuję plan leczenia protetycznego wraz z wyceną.

16. Akceptuję koszty i wynagrodzenie za ww. leczenie i zobowiązuję się je zapłacić.

17. Niniejszym, zgodnie z art. 31–35 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.) oraz art. 15–19 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.), wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego wskazanego przez lekarza dentystę

.....
podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego pacjenta, data, miejscowość

..... czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data i miejscowość

AKCEPTACJA PRACY: Proszę wypełnić – akceptując przy wybranej pozycji zaznaczyć „X” oraz złożyć podpis.

Kształt.....

Kolor.....

Estetyka.....

Podpis Pacjenta.....

Przymiarka.....

Ostateczna praca.....

Informacja:

1. Każda strona ma zostać podpisana przez pacjenta w sposób czytelny.

2. Pacjent wpisuje datę i miejscowość osobiście.

3. Pacjent osobiście wypełnia ankietę zdrowia, dane dotyczące stanu zdrowia i leków oraz przeciwwskazań.