



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA/RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA DEMONTAŻ APARATU STAŁEGO

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL pacjenta:.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:.....

Oświadczam, co następuje:

- ❖ Akceptuję wynik leczenia ortodontycznego
- ❖ Wyrażam zgodę na *zaplanywany/przyspieszony na moje (pacjenta) życzenie** demontaż aparatu stałego i wykonanie aparatu retencyjnego (utrzymującego wynik leczenia).
- ❖ Mam świadomość, że obecne ustawienie zębów nie wykazuje długoterminowej stabilności, dlatego też istnieje konieczność zastosowania aparatu retencyjnego.
- ❖ Przyjmuję do wiadomości, że aparat retencyjny należy nosić:
przez pierwsze pół roku kilka godzin w ciągu dnia oraz całą noc, potem każdej nocy.
- ❖ Rozumiem, że najlepszą gwarancją utrzymania efektu leczenia jest używanie aparatu retencyjnego tak długo, jak długo chcemy ten efekt utrzymać, a co najmniej przez 3 lata.
- ❖ W razie uszkodzenia aparatu retencyjnego lub niepożądanego zmiany pozycji zębów zgłoszę się do ortodonta.
- ❖ Aparat retencyjny zobowiązuję się przynosić na każdą wizytę kontrolną.
Rozumiem, że niekiedy wymaga on korekty lub dopasowania.
- ❖ Zapoznałem się z zaleceniami po demontażu aparatu stałego dostępnymi na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry;

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego
pacjenta; data i miejscowość

.....
Czytelny podpis pacjenta, który
ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni;
data i miejscowość