



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG HIGIENIZACJI JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta.....
Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, uprzejmie prosimy by **każda strona** niniejszej zgody została czytelnie podpisana.

Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

OBJAŚNIENIA

- Scaling (usuwanie kamienia nazębnego) – zabieg, podczas którego za pomocą skalera ultradźwiękowego usuwane są twarde złogi kamienia nad- i poddziąsłowego.
- Piaskowanie – zabieg polegający na usunięciu z powierzchni zębów osadu, płytki nazębnej i wszelkich przebarwień powstałych po kawie, herbacie, papierosach itp. za pomocą tzw. piaskarki.
- Polishing – mechaniczne oczyszczanie i polerowanie zębów za pomocą specjalnych past i szczoteczek lub gumek.
- Fluoryzacja - zabieg polegający na pędzlowaniu, wcieraniu w zęby roztworów żeli lub lakierów fluorokowych lub nanoszeniu na powierzchnię zębów specjalnej pianki po uprzednim ich wypolerowaniu.

Możliwe powikłania (w trakcie i/lub po zabiegu):

Nadwrażliwość zębów (zwiększona wrażliwość zębów i dziąseł jest normalnym zjawiskiem po oczyszczeniu zębów z kamienia), krwawienie dziąseł, w skrajnych przypadkach rozchwianie zębów.

Odma powietrzna (obrzęk, ból, zaczerwienienie, konieczność antybiotykoterapii oraz wizyt kontrolnych, może stanowić zagrożenie życia).

Wypełnia pacjent:

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 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. 15 -19 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, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez lekarza/higienistkę stomatologiczną w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Zostałem poinformowany o kosztach zabiegu, które nie zawierają kosztów leków.
- ❖ Koszty te w pełni akceptuję i zobowiązuję się pokryć.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Rozumiem, że zwiększona wrażliwość zębów i dziąseł jest normalnym zjawiskiem po oczyszczeniu zębów z kamienia.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej dotyczącej zabiegu oraz na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa, etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych.
Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci: zdjęcia fotograficznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.
Rozumiem, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie, i od daty wpływu takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.
Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upubliczniętych przed wycofaniem zgody.

- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzadłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.

Zostałem poinformowany o powikłaniach i ryzyku związanych z podaniem znieczulenia

Przeciwwskazania do wykonania znieczuleniaTAK / NIE

Jeśli istnieją, to jakie?.....

- ❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.
- ❖ Zapoznałem się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której treść znajduje się na stronie internetowej www.dens.wroclaw.pl.

Zapoznałem się i zrozumiałem informacje dotyczące zabiegu oraz wyrażam zgodę na jego wykonanie

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty;

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

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