



ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

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.

Planowany i zaakceptowany przez pacjenta projekt uzupełnień protetycznych (wypełnia lekarz):

.....
.....
.....

Przygotowanie do leczenia protetycznego:

Integralną częścią leczenia jest wstępna kontrola i ewentualne leczenie zachowanego uzębienia.

Przygotowanie polega na:

- kontrolnym badaniu RTG,
- ewentualnym leczeniu próchnicy lub chorób miazgi (leczenie kanałowe),
- ewentualnym usunięciu zębów niekwalifikujących się do leczenia,
- usunięciu złogów nazębnych,
- wprowadzeniu odpowiednich nawyków higienicznych.

Niekiedy dodatkowo konieczne jest przedprotetyczne leczenie chirurgiczne (wycięcie przerosniętej błony śluzowej, wyrównanie kości wyrostka), a także leczenie ortodontyczne.

Możliwe powikłania w trakcie i/lub po zastosowaniu leczenia protetycznego:

- W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualne zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co będzie wiązać się z dodatkowymi kosztami.
- Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie więc przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową.
- W przypadku stosowania wkładów koronowo-korzeniowych, podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przeziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia ekstrakcja (usunięcie) zęba.
- Ból zęba lub tkanek otaczających i głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem oraz konieczność przyjmowania leków (mogących mieć wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także skutkować powikłaniami u kobiet w ciąży).
- Szczękościsk,
- Pęknięcie, złamanie zęba,
- Obrzęk, ropień, krwiał,
- Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym
- Problemy natury estetycznej,
- Problemy z jedzeniem i mówieniem,
- Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe,

- Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne,
- Zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, a wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych, nieplanowanych wcześniej kosztów.
- Ewentualne, powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniami, co do zastosowania możliwych rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla Pacjenta efektu.

Wypełnia pacjent:

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje 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 poinformowany 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.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także 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/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.
Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia 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.
- ❖ Wiem, 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 Specjalistyczne Centrum Stomatologiczne DENS
- ❖ Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. dobór koloru, kształtu i ustawienia zębów uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami.
Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
- ❖ Zostałem poinformowany 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 i zobowiązuję się pokryć zaistniałe koszty.

- ❖ 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.
 - ❖ Rozumiem, że jednorazowe leczenie protetyczne nie wystarcza na całe życie.
W każdym przypadku wymaga okresowej kontroli oraz ewentualnych korekt i zmian, m.in. z uwagi na zmiany zachodzące w organizmie pacjenta (wiek, stan zdrowia, braki w uzębieniu, postępujący zanik kości i tkanek miękkich), zużycie materiałów, niewłaściwa higiena.
Jestem świadomy, że wyżej wymienione korekty i zmiany są konieczne m. in. ze względów: zdrowotnych, w tym zachowania funkcji leczenia protetycznego, estetyki i fonetyki oraz związane są z kosztami poniesionymi przez pacjenta.
 - ❖ Jestem świadomy, że po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustępują pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza, co wymaga ode mnie (pacjenta) zgłaszania się na dodatkowe wizyty u lekarza.
 - ❖ Zdaję sobie sprawę, że w okresie dopasowania uzupełnienia mogą wystąpić przemijające dolegliwości bólowe jamy ustnej i głowy, wrażenie braku miejsca dla języka, trudności podczas mówienia i jedzenia.
 - ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.
 - ❖ Zostałem poinformowany o powikłaniach i ryzyku związanym 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.

Akceptuję plan leczenia protetycznego wraz z wyceną, która stanowi załącznik do niniejszej zgody.
Opłatę za ww. leczenie zobowiązuję się uiścić w dwóch równych częściach:

I rata –zł, płatne w dniu rozpoczęcia leczenia (w dniu, kiedy pobierane są wyciski) bezpośrednio w gabinecie.

II rata –zł, płatne w dniu oddania pracy protetycznej bezpośrednio w gabinecie.

(Jeżeli pacjent zdecyduje się na pokrycie kosztów leczenia za pośrednictwem przelewu bankowego, to potwierdzenie należy wysłać na adres e-mail: dens@dens.wroclaw.pl w terminie do 3 dni roboczych poprzedzających wizytę)

Numer konta bankowego:

Bank Credit Agricole o/Wrocław 35 1940 1076 3003 5465 0000 0000

Zapoznałem się i zrozumiałem informacje dotyczące leczenia oraz wyrażam zgodę na wykonanie leczenia.

.....
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