



## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE - WYKONANIE LICÓWEK

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 plan wykonania licówek (wypełnia lekarz):**

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

### **Licówki**

Licówki są uzupełnieniami estetycznymi, mocowanymi do zębów na powierzchniach wargowych lub policzkowych w postaci cienkich płytek porcelanowych.

Pozwalają m.in. na: zakrycie estetycznych niedoskonałości, korektę estetyczną kształtu zęba poprzez jego wydłużenie, skrócenie, poszerzenie lub zwężenie, odbudowę częściowo utraconego zęba, korektę położenia zęba w łuku (w przypadku niewielkich nieprawidłowości w postaci wychylenia lub rotacji zęba), zamknięcie szpar między zębami, a także zmianę koloru.

Założenie licówek wiąże się z koniecznością oszlifowania zewnętrznej powierzchni korony zęba na grubość licówki i cementowaniu – jest to zabieg nieodwracalny.

W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co wiązać się będzie z dodatkowymi kosztami.

Jeżeli licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia, konieczne będzie wtedy przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem licówki i koniecznością jej wymiany na nową. Zmiana koloru własnego zęba może spowodować wrażenie, że osadzona na nim licówka porcelanowa zmieni odcień.

### **Przeciwwskazania do założenia licówki pełnoceramicznej:**

- wady zgryzowe;
- zbyt mała ilość szkliwa;
- bruksizm, inaczej zgrzytanie zębami;
- niewystarczająca higiena jamy ustnej;
- zęby o niewielkich rozmiarach;
- braki zębowe w odcinkach bocznych uzębienia, które nie zostały uzupełnione;
- ząb bardzo zniszczony bądź z rozległymi wypełnieniami;
- próchnica;
- choroby dziąseł;
- parafunkcje (nawyki ruchowe narządu żucia), takie jak np. obgryzanie paznokci;

**Możliwe powikłania:**

Odklejenie lub ukruszenie licówki z powodu uszkodzenia mechanicznego, spowodowanego np. ugryzieniem twardego pokarmu.

Obumarcie zęba i konieczność leczenia endodontycznego.

**Wypełnia pacjent:**

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw Pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków (proszę wypisać jeśli występują):

.....  
.....

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 w **Specjalistycznym Centrum Stomatologicznym DENS**.

- ❖ Udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.  
O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie 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 i zobowiązuję się do odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Miałem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ 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.
- ❖ Zostały mi przedstawione koszty, które nie zawierają kosztów leków i w całości je akceptuję oraz zobowiązuję się pokryć.
- ❖ Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. doboru koloru, kształtu i ustawienia zębów zostanie zatwierdzony przeze mnie podpisem, jako zgodny z moimi oczekiwaniami.  
Jeżeli po tym fakcie, chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie licówek, to zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Oświadczam, że zostałem poinformowany o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia.
- ❖ Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja ze mną może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego) co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie.  
Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
- ❖ Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy, do czasu odwołania zgody na leczenie.  
Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu.
- ❖ Rozumiem, że wyżej opisane, zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku lub jego przerwania w trakcie leczenia, 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 spowoduje, 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. W takiej sytuacji, biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia.

- ❖ W przypadku różnic pomiędzy rekomendowanym i zaakceptowanym/ wybranym przeze mnie (pacjenta) zakresem leczenia, oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.
- ❖ 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 upublicznonych przed wycofaniem zgody.

- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzowego 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 znieczulenia .....TAK / NIE  
Jeśli istnieją, to jakie?**

- ❖ Zostałem poinformowany i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej [www.dens.wroclaw.pl](http://www.dens.wroclaw.pl).
- ❖ Zapoznałem się i akceptuję regulamin Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego DENS, który dostępny jest na stronie internetowej [www.dens.wroclaw.pl](http://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](http://www.dens.wroclaw.pl).

**Akceptuję plan leczenia 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 bezpośrednio w gabinecie.

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

*(Jeżeli Pacjent decyduje się na pokrycie kosztów leczenia za pośrednictwem przelewu bankowego, to potwierdzenie należy wysłać na adres e-mail: [dens@dens.wroclaw.pl](mailto:dens@dens.wroclaw.pl) w terminie 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 dentysty;

.....  
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