

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL:.....

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

.....

.....

Zgodnie a art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16-18 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 w

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuje do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

1. O rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobem leczenia.
3. 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.
4. O możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
5. O konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
6. O kosztach leczenia, które akceptuję.

Zobowiązuję się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru i kształtu zębów, formy uzupełnienia protetycznego, zostanie przeze mnie zatwierdzony, jako zgodny z moimi oczekiwaniami, podpisem na karcie leczenia. Jeśli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich, w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis Pacjenta (opiekuna prawnego)