

## ZGODA PACJENTA NA ZABIEGI PROFILAKTYCZNE

Imię i nazwisko Pacjenta: .....

PESEL: .....

Zgodnie z 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 zabiegu profilaktycznego:

.....

.....

przez .....

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie mojego zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego lub higienistkę stomatologiczną. Przyjmuję do wiadomości, że ww. dane są danymi poufnymi.

### Zapoznałem/-am się z poniższymi informacjami i przyjmuję je do wiadomości:

1. zabiegi profilaktyczne mają na celu zapobieganie powstawania próchnicy zębów oraz utrzymania odpowiedniej kondycji dziąseł (przyzębia), co jest podstawowym elementem w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej. Do podstawowych zabiegów profilaktycznych należą: usuwanie kamienia, piaskowanie osadów, fluoryzacja, lakowanie zębów oraz fluoryzacja;
2. skaling, czyli usuwanie kamienia polega na usunięciu twardych złogów, potocznie nazywanych kamieniem, przy użyciu ultradźwięków, a następnie polerowaniu powierzchni zęba;
3. piaskowanie osadów polega na usunięciu niezmineralizowanego osadu i przebarwień z powierzchni zęba, powstałych po kawie, herbacie, papierosach, za pomocą piaskarki stomatologicznej;
4. polishing to mechaniczne oczyszczenie zębów za pomocą specjalnych past, szczoteczek bądź gumek;
5. fluoryzacja polega na pędzlowaniu, wcieraniu w zęby roztworów, żeli oraz lakierów fluorowych lub nanoszeniu na powierzchnię zębów specjalnej pianki po uprzednim wypolerowaniu zębów;
6. w trakcie zabiegów higienizacyjnych może dojść do utraty nieszczelnego wypełnienia;
7. w przypadku Pacjentów z problemami z przyzębiem może zaistnieć potrzeba wykonania chirurgicznego usuwania kamienia poddziąsłowego;
8. po wykonanym zabiegu higienizacyjnego może wystąpić czasowa nadwrażliwość zębów i dziąseł oraz przejściowy stan zapalny dziąseł;
9. Pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, odstępy nie dłuższe niż 6 miesięcy;
10. koszty leczenia są mi znane i akceptuję je.

W trakcie badania lub zabiegu stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Może ono mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum, które pozwala uzyskać

poprawny technicznie wynik badania. Cięża jest przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego. **Wszystkie kobiety powinny zgłaszać fakt podejrzenia lub bycia w ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.** Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz dokumentacji fotograficznej, jej przetwarzanie oraz wykorzystywanie w formie uniemożliwiającej identyfikację Pacjenta.

Wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu Pacjenta.

Dokładamy wszelkich starań, aby zaplanowane wizyty odbywały się zgodnie z wyznaczoną godziną, lecz nie zawsze jesteśmy w stanie poprawnie przewidzieć długość zabiegu, dlatego prosimy o wyrozumiałość w przypadku opóźnień nie dłuższych niż 15 minut. W każdej sytuacji, w której ewentualne opóźnienie będzie nam wiadome postaramy się Pana/-ią uprzedzić telefonicznie. Naszym zwyczajem jest telefoniczne przypominanie o zaplanowanej wizycie na 2 dni przed wizytą – prosimy o aktualizowanie danych kontaktowych, co ułatwi nam komunikację. Odwołanie terminu wizyty może także nastąpić z przyczyn od nas niezależnych – brak prądu, niedyspozycja lekarza i inne przypadki losowe, za które nie ponosimy odpowiedzialności, o których poinformujemy Pana/-ią telefonicznie, najszybciej jak tylko będzie to możliwe. Koszty dojazdu do gabinetu pokrywa Pacjent. Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem/-am wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Do zabiegu higienizacji zakwalifikował i zlecił jego wykonanie lekarz:

.....

Informacje dodatkowe:

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

.....  
Data, podpis higienistki stomatologicznej

.....  
Data, czytelny podpis Pacjenta

**Przypominamy o regularnych wizytach kontrolnych,  
które powinny odbywać się nie rzadziej niż co 6 miesięcy.**