

Formularz świadomej zgody na wykonanie licówek

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:.....

Nr telefonu:

Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie licówek w zakresie:

.....
przeprowadzone w (...).....przez
lekarza.....

Rozpoznanie oraz planowany i zaakceptowany przez Pacjenta projekt licówek:

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

Ząb	Procedura lecznicza	Koszt procedury	Uwagi
Łącznie			

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zobowiązuję się do informowania lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że przekazywane dane mają charakter poufny.
2. Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej zarówno w trakcie leczenia, jak i po założeniu licówek.
3. Każdy etap związany z estetyką leczenia – w tym wybór koloru, kształtu oraz ustawienia zębów – zostanie przeze mnie zatwierdzony podpisem jako zgodny z moimi oczekiwaniami. W przypadku chęci wprowadzenia zmian w kolorze lub formie licówek po zatwierdzeniu projektu, zobowiązuję się pokryć koszty wynikające z tych zmian.
4. Oświadczam, że wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, możliwych powikłań oraz dostępnych alternatyw (w tym rezygnacji z leczenia) zostały wyczerpująco wyjaśnione i były dla mnie zrozumiałe.
5. Jestem świadomy(-a), że mogę w każdej chwili wycofać zgodę na leczenie, zobowiązując się jednocześnie do pokrycia kosztów wykonanych do tego momentu etapów leczenia. Odwołanie zgody musi nastąpić w formie pisemnej i będzie skuteczne od dnia jego doręczenia lekarzowi prowadzącemu.
6. Potwierdzam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o celu, konieczności i możliwości wykonania licówek na wskazanym(-ych) zębie(-ach), jak również o istocie zabiegu, jego typowych następstwach oraz potencjalnych powikłaniach i ewentualnej potrzebie dodatkowego leczenia.
7. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z powyższymi zasadami, w pełni je zrozumiałem(-am) i uzyskałem(-am) niezbędne informacje dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem(-am)

również poinformowany(-a) o alternatywnych opcjach leczenia, ich zaletach i ograniczeniach, a także miałem(-am) możliwość zadawania pytań i otrzymania dodatkowych wyjaśnień.

8. Zobowiązuję się do utrzymywania właściwej higieny jamy ustnej oraz do uczestnictwa w wizytach kontrolnych zgodnie z zaleceniami lekarza.
9. Rozumiem, że zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku opóźnienia lub przerwania leczenia mogą wystąpić zmiany, takie jak samoistne przesunięcia zębów, które mogą uniemożliwić wykorzystanie wcześniej przygotowanych materiałów i prac protetycznych. W takiej sytuacji niezbędne będzie ponowne rozpoczęcie całego procesu leczenia. Jeżeli opóźnienie lub przerwanie leczenia nastąpi z mojej winy, zobowiązuję się do pokrycia kosztów już wykonanych prac oraz nowego leczenia. Przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność za ewentualne negatywne skutki przerwania leczenia.
10. W przypadku rozbieżności pomiędzy rekomendowanym a wybranym przeze mnie zakresem leczenia, potwierdzam, że zostałem(-am) szczegółowo poinformowany(-a) o potencjalnych konsekwencjach i ryzykach wynikających z rezygnacji z proponowanego leczenia.
11. Akceptuję plan leczenia wraz z wyceną, stanowiącą załącznik do niniejszej zgody.
12. Niniejszym, na podstawie art. 31–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2017 r. poz. 125) oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.), wyrażam zgodę na wykonanie licówek przez lekarza (imię i nazwisko):
13. Akceptuję koszty i wynagrodzenie za ww. leczenie, które łącznie wynosi i zobowiązuję się do ich pokrycia w następujących ratach:

I rata –% kwoty w dniu rozpoczęcia leczenia;

II rata –% kwoty w dniu przymiarki/w dniu oddania pracy/przed jej oddaniem.

.....

podpis lekarza

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta,

data i miejscowość

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data i miejscowość

Licówki to estetyczne uzupełnienia protetyczne w postaci cienkich płytek porcelanowych, mocowane na przedniej (wargowej) lub bocznej (policzkowej) powierzchni zębów. Ich zastosowanie pozwala na: – zakrycie estetycznych niedoskonałości, – zmianę kształtu zęba poprzez jego wydłużenie, skrócenie, poszerzenie lub zwężenie, odbudowę zęba częściowo utraconego, skorygowanie niewielkich nieprawidłowości w położeniu zęba (takich jak rotacja czy wychylenie), zamknięcie przerw między zębami (diastem), zmianę koloru zębów.

Założenie licówek wymaga oszlifowania zewnętrznej powierzchni korony zęba na grubość odpowiadającą licówce oraz jej trwałego przyklejenia (cementowania). Jest to procedura nieodwracalna. Zakres zabiegu oraz potencjalne ryzyko są porównywalne z leczeniem protetycznym z użyciem koron.

Ryzyko związane z leczeniem protetycznym i możliwe powikłania:

1. W trakcie szlifowania może dojść do odsłonięcia miazgi zęba, co wymaga leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowania wkładu koronowo-korzeniowego. Powoduje to dodatkowe koszty.
2. Ząb żywy, na którym osadzono licówkę, może z czasem obumrzeć – konieczne będzie wtedy leczenie kanałowe, które może uszkodzić licówkę i wiązać się z koniecznością jej wymiany.
3. Niewłaściwa higiena jamy ustnej może prowadzić do stanów zapalnych i próchnicy.
4. Zmiana naturalnego koloru zęba może sprawiać wrażenie zmiany odcienia licówki

Przeciwwskazania do zastosowania licówek pełnoceramicznych:

Do najczęstszych przeciwwskazań należą: wady zgryzu, niewystarczająca ilość szkliwa, bruksizm (zgryzanie zębami), zaniedbania w higienie jamy ustnej, zbyt małe zęby, braki zębowe w bocznych odcinkach łuku zębowego, które nie zostały uzupełnione, zęby silnie zniszczone lub z dużymi wypełnieniami, zęby leczone kanałowo, próchnica, choroby dziąseł, nawykowe obgryzanie paznokci, wysoka podatność na próchnicę.

Zalecenia po założeniu licówek pełnoceramicznych:

Po zabiegu zaleca się, aby przez kilkanaście godzin unikać spożywania barwiących produktów, takich jak: kawa, herbata, wino, napoje energetyczne, kolorowe napoje gazowane, sosy (np. pomidorowy, curry, sojowy), owoce leśne oraz słodczyce. Czasami mogą pojawić się przebarwienia na granicy licówki i szkliwa.

Należy unikać gryzienia twardych pokarmów, aby zapobiec uszkodzeniu licówek.

Higiena jamy ustnej jest kluczowa – należy myć zęby miękką szczoteczką i pastą z fluorem minimum dwa razy dziennie, stosować nić dentystyczną oraz płyn do płukania jamy ustnej. Wizyty kontrolne u dentysty powinny odbywać się co 6 miesięcy. Zaleca się regularne usuwanie kamienia nazębnego i osadów oraz coroczną delikatną renowację licówek (dotyczy licówek kompozytowych), by zachować ich gładkość i połysk.

Możliwe powikłania:

Powikłania po założeniu licówek są rzadkie i najczęściej dotyczą odklejenia lub ukruszenia licówki. Zazwyczaj wynikają one z urazów mechanicznych, np. przy nagryzieniu twardego pokarmu.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z informacją dotyczącą licówek

.....

.....

podpis lekarza

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta, data i miejscowość

.....

czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data i miejscowość

AKCEPTACJA / UWAGI

Mock-up

	Kształt	Kolor	Wykonanie	Estetyka
Akceptuję				
Nie akceptuję				

Proszę wypełnić – przy wybranej pozycji zaznaczyć "X" – akceptuję lub nie akceptuję.

Sugerowane przez pacjenta zmiany:

.....

.....

podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta,

data i miejscowość

AKCEPTACJA PRACY

Przymiarka

	Kształt	Kolor	Wykonanie	Estetyka
Akceptuję				
Nie akceptuję				

Proszę wypełnić – przy wybranej pozycji zaznaczyć "X" – akceptuję lub nie akceptuję.

Sugerowane przez pacjenta zmiany:

.....

.....

podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta,

data i miejscowość

AKCEPTACJA PRACY

Praca ostateczna przed końcowym jej oddaniem

	Kształt	Kolor	Wykonanie	Estetyka
Akceptuję				
Nie akceptuję				

Proszę wypełnić – przy wybranej pozycji zaznaczyć "X" – akceptuję lub nie akceptuję.

.....

podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
*czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /
przedstawiciela ustawowego pacjenta,
data i miejscowość*