

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Ja niżej podpisany (a)

zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz. U. 2016 r. poz. 186) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie, wyżej opisanej, planowanej procedury leczniczej.

Oświadczam, że udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Takie również informacje podałem(am) w wypełnionej przeze mnie ankiecie stanu zdrowia pacjenta. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuje do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych, która zostanie umieszczona w dotyczącej mojej osoby indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej.

Ponadto oświadczam, iż zostałem (am) poinformowany(a):

1. O rodzaju zabiegu oraz istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie 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 akceptuje

Zobowiązuje się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór kolor i kształtu zębów i formy uzupełnienia protetycznego, zostanie przeze mnie zatwierdzony. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuje się do pokrycia kosztów z tym związanych. Zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, iż powyższe informacje przeczytałem/am i zrozumiałem/am, uzyskałem/am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych możliwościach leczenia, z odmową leczenia włącznie. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia

i konsekwencjach wynikających z nie podjęcia lub przerwania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

Stwierdzam, że udzielono odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia). Uzyskane informacje 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. Zostałem poinformowany, i mogę odwołać zgodę na leczenie