

# Zgoda na leczenie protetyczne

Data:   /   /

Imię:

Nazwisko:

PESEL

## Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

  
  

## Koszt rekomendowanego rozwiązania

## Przyjęto zaliczkę

## 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 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 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 w karcie leczenia. Jeżeli 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.

Jednorazowe leczenie protetyczne nie wystarcza na całe życie.

W każdym przypadku wymaga okresowej kontroli oraz ewentualnych korekt i zmian, m. in. z uwagi na: zmiany zachodzące w organizmie Pacjenta (wiek, stan zdrowia, braki w uzębieniu, postępujący zanik kości i tkanek miękkich), zużycie materiałów, niewłaściwa higiena

## Pacjent oświadcza:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o celu i konieczności oraz możliwościach leczenia protetycznego zęba/zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
2. Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam/-łem i zrozumiałam/-łem, uzyskałam/-łem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/-łem poinformowana/y o alternatywnych możliwościach leczenia, ich wadach, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałam/-łem możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałam/-łem dodatkowe wyjaśnienia.
3. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
4. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenie lub zmniejszenie zakresu). W przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
5. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
6. Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia oraz jest związane precyzją w planowaniu, dopasowaniu i wykonaniu pracy protetycznej. W przypadku zwłoki w leczeniu protetycznym lub jego przerwaniu w trakcie 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 powoduje, że wszystkie prace będą musiały być wykonane od początku. W przypadku zwłoki lub przerwania leczenia, z przyczyn leżących po mojej stronie (Pacjenta), zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia protetycznego.
7. W przypadku różnic między rekomendowanym a zaakceptowanym wybranym przez PACJENTA zakresem leczenia, oświadczam, że zostałam/-łem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.