



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 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, planowanego świadczenia zdrowotnego w Centrum Stomatologii Help sp. z o.o. sp.k.

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

.....
Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Zostałem/am poinformowany/a o:

- istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych;
- rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wykonywania pracy wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu zgodnie z obowiązującym cennikiem;
- ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobem leczenia, zwłaszcza przy szlifowaniu zębów pod koronę protetyczną może dojść do:
 - wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego z powodu podania środka znieczulającego;
 - zranienia miazgi i konieczności leczenia endodontycznego zęba;
 - termicznego uszkodzenia miazgi mimo zachowania procedur prawidłowego szlifowania co wiąże się z jej zapaleniem lub obumarciem, a zatem koniecznością leczenia endodontycznego;
 - w przypadku istniejących wypełnień w zębie szlifowanym może dojść do ich wypadnięcia co wiąże się z ponownym ich założeniem;
 - w przypadku znacznie zniszczonego zrębu koronowego zęba może dojść do złamania filaru co wiąże się ze zmianą planu leczenia;
 - w przypadku szlifowania zęba może dojść do przerwania ciągłości tkanek miękkich;
 - przy wykonaniu wkładu koronowo-korzeniowego istnieje konieczność opracowania korzenia zęba w wyniku, którego może dojść do perforacji ściany korzenia wiążącej się z ryzykiem jego ekstrakcji;
 - wystąpienia reakcji alergicznej na materiały stosowane do wykonania pracy protetycznej jak również na materiał z którego praca protetyczna zostanie wykonana;
 - efekt estetyczny w przypadku uzupełnień ruchomych może być zaburzony przez zastosowanie metalowych klamer i podparć;
- możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu, stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający;
- konieczności zastosowania się do zaleceń użytkowania uzupełnień protetycznych, utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań kontrolnych co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia
- gwarancji;
- kosztach leczenia, które akceptuję.

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. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, wyrażam zgodę na zaproponowany sposób leczenia. W świetle uzyskanych informacji jw. wyrażam świadomą zgodę na zaproponowane leczenie.

.....
data i czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

.....
podpis i pieczęć lekarza