

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta.....

Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

chcąc mieć pewność, że pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszej placówce, uprzejmie prosimy, by **każda strona** niniejszej zgody została czytelnie podpisana. Prosimy także o staranne i przemyślane wypełnienie danych dotyczących stanu zdrowia, zażywanych leków oraz ewentualnych przeciwwskazań do wykonania zabiegu i/lub znieczulenia.

Planowany i zaakceptowany przez pacjenta projekt uzupełnień protetycznych

(wypełnia lekarz):
.....
.....
.....

Przygotowanie do leczenia protetycznego:

Integralną częścią leczenia jest wstępna kontrola i ewentualne leczenie zachowanego uzębienia.

Przygotowanie polega na:

- kontrolnym badaniu RTG,
- ewentualnym leczeniu próchnicy lub chorób miazgi (leczenie kanałowe),
- ewentualnym usunięciu zębów niekwalifikujących się do leczenia,
- usunięciu złogów nazębnych,
- wprowadzeniu odpowiednich nawyków higienicznych. Niekiedy dodatkowo konieczne jest przedprotetyczne leczenie chirurgiczne (wycięcie przerośniętej błony śluzowej, wyrównanie kości wyrostka), a także leczenie ortodontyczne.

Możliwe powikłania w trakcie i/lub po zastosowaniu leczenia protetycznego:

- W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualne zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co będzie wiązać się z dodatkowymi kosztami.
- Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie więc przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową.
- W przypadku stosowania wkładów koronowo-korzeniowych, podczas usuwania materiału

wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia ekstrakcja (usunięcie) zęba.

● Ból zęba lub tkanek otaczających i głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem oraz konieczność przyjmowania leków (mogących mieć wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także skutkować powikłaniami u kobiet w ciąży).

- Szczękościsk.
- Pęknięcie, złamanie zęba.
- Obrzęk, ropień, krwiak.
- Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym.
- Problemy natury estetycznej.
- Problemy z jedzeniem i mówieniem.
- Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe.
- Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne.
- Zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, a wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych, nieplanowanych wcześniej kosztów.
- Ewentualne, powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniami, co do zastosowania możliwych rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla Pacjenta efektu.

Wypełnia pacjent:

Ja, oświadczam, co następuje:

zgodnie z art. 31 – 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. 15 -19 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, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w Poradni Stomatologicznej NZOZ Międzyszkolny Zakład Rehabilitacji i Korekcji Wad Postawy Ośrodek Badawczy Jacek Stasiak.

- ❖ Udzieliłem/łam wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.
- ❖ O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Zostałem/łam pouczony/a o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
- ❖ Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych w terminach wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ 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.

- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o celu i konieczności oraz możliwości leczenia protetycznego zęba/ zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu.
- ❖ Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy protetycznej do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu. W sytuacji gdy w trakcie prowadzonego leczenia protetycznego odwołam moją zgodę lub zrezygnuję, zobowiązuję się pokryć wszelkie dotychczas poniesione koszty przez Poradnię Stomatologiczną NZOZ Międzyszkolny Zakład Rehabilitacji i Korekcji Wad Postawy Ośrodek Badawczy Jacek Stasiak.
- ❖ Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. dobór koloru, kształtu i ustawienia zębów uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie chciałbym/chciałabym dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a 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 i zobowiązuję się pokryć zaistniałe koszty.
- ❖ Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku zwłoki w leczeniu protetycznym, lub jego przerwania 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 (pacjenta) stronie, zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia protetycznego. W takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia protetycznego.
- ❖ Rozumiem, że 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. Jestem świadomy/a, że wyżej wymienione korekty i zmiany są konieczne m. in. ze względów: zdrowotnych, w tym zachowania funkcji leczenia protetycznego, estetyki i fonetyki oraz związane są z kosztami poniesionymi przez pacjenta.
- ❖ Jestem świadomy/a, że po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustępują pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza, co wymaga ode mnie (pacjenta) zgłaszania się na dodatkowe wizyty u lekarza.
- ❖ Zdaję sobie sprawę, że w okresie dopasowania uzupełnienia mogą wystąpić przemijające

dolegliwości bólowe jamy ustnej i głowy, wrażenie braku miejsca dla języka, trudności podczas mówienia i jedzenia.

❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładztwowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia.

❖ Zostałem poinformowany/a o powikłaniach i ryzyku związanym z podaniem znieczulenia.

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia TAK / NIE*

Jeśli istnieją, to jakie?

❖ Zostałem/łam poinformowany/a i zobowiązuję się przestrzegać zaleceń pozabiegowych dostępnych na stronie internetowej www.nzozherbrand.pl.

❖ Zapoznałem/łam się z treścią polityki ochrony danych osobowych (w skrócie RODO), której pełna treść znajduje się na stronie internetowej www.nzozherbrand.pl. Akceptuję plan leczenia protetycznego wraz z wyceną.

Opłatę za ww. leczenie zobowiązuję się uiścić:

- jednorazowo,

- w dwóch równych częściach:

I rata –zł, płatne w dniu rozpoczęcia leczenia (w dniu, kiedy pobierane są wyciski) bezpośrednio w gabinecie.

II rata –zł, płatne w dniu oddania pracy protetycznej bezpośrednio w gabinecie.

Zapoznałem/łam się i zrozumiałem/łam informacje dotyczące leczenia oraz wyrażam zgodę na wykonanie leczenia.

.....

Podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....

Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....

Czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat i nie jest pełnoletni

*właściwe zaznaczyć