

## ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA NA ZABIEG HIGIENIZACJI JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta.....

Numer PESEL.....

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Chcąc mieć pewność, że Pacjent zapoznał się ze szczegółami świadczenia zdrowotnego wykonywanego w naszym gabinecie, 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.

### OBJAŚNIENIA

- **Scaling** (usuwanie kamienia nazębnego) – zabieg, podczas którego za pomocą skalera ultradźwiękowego usuwane są twarde złogi kamienia nad- i poddziąsłowego.
- **Piaskowanie** – zabieg polegający na usunięciu z powierzchni zębów osadu, płytki nazębnej i wszelkich przebarwień powstałych po kawie, herbacie, papierosach itp. za pomocą tzw. piaskarki.
- **Polishing** – mechaniczne oczyszczanie zębów za pomocą specjalnych past i szczoteczek lub gumek.
- **Fluoryzacja** - zabieg polegający na pędzlowaniu, wcieraniu w zęby roztworów żeli lub lakierów fluorkowych lub nanoszeniu na powierzchnię zębów specjalnej pianki po uprzednim ich wypolerowaniu.

### Możliwe powikłania (w trakcie i/lub po zabiegu):

nadwrażliwość zębów (zwiększona wrażliwość zębówi dziąseł jest normalnym zjawiskiem po oczyszczaniu zębów z kamienia), krwawienie dziąseł, w skrajnych przypadkach rozchwianie zębów.

### 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 przez lekarza/dentystę/higienistkę stomatologiczną w Gabinecie Stomatologicznym 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 mojego stanu zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego.
- ❖ Rozumiem konieczność odbywania wizyt kontrolnych wyznaczonych przez personel gabinetu.
- ❖ Zostałem/łam poinformowany/a o kosztach zabiegu, które nie zawierają kosztów leków.
- ❖ Koszty te w pełni akceptuję i zobowiązuje się pokryć.
- ❖ Zobowiązuje się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej.
- ❖ Miałem/łam możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem/łam dodatkowe wyjaśnienia.
- ❖ Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
- ❖ Rozumiem, że zwiększona wrażliwość zębów i dziąseł jest normalnym zjawiskiem po oczyszczeniu zębów z kamienia.
- ❖ Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładźowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia. Zostałem poinformowany o powikłaniach i ryzyku związanych z podaniem znieczulenia.

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia TAK / NIE\*

Jeśli istnieją, to jakie .....

❖ Zostałem/łam poinformowany/a i zobowiązuje 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** Zapoznałem/łam się i zrozumiałem/łam informacje dotyczące zabiegu oraz wyrażam zgodę na jego wykonanie.

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza dentysty;

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

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

\*właściwie zaznaczyć