

Zgoda pacjenta na leczenie protetyczne

.....
Imię i nazwisko oraz PESEL

Zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) wyrażam zgodę na leczenie protetyczne przez lek. dent.

Rozpoznanie oraz planowany i zaakceptowany przez Pacjenta projekt uzupełnień protetycznych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach, ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

2. Oświadczam, że udzieliłem(-am) pisemnie aktualnych informacji co do mojego stanu zdrowia zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszej zgody TAK/NIE
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta bez zmian TAK/NIE
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych TAK/NIE

3. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi.

4. Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po założeniu uzupełnień protetycznych.

5. 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(-abym) dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

6. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie 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.

7. 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

8. Oświadczam, że zostałem(-am) 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.

9. Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o alternatywnych możliwościach leczenia, ich wadach, zaletach i ryzyku z nimi związanym, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałem(-am) możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem(-am) dodatkowe wyjaśnienia.

10. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

11. 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 poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Dlatego 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.

12. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

13. 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.

14. Zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.

15. Akceptuję plan leczenia protetycznego wraz z wyceną, która stanowi załącznik do niniejszej zgody.

16. Akceptuję koszty i wynagrodzenie za ww. leczenie i zobowiązuję się je zapłacić:

I rata – w dniu rozpoczęcia leczenia;

II rata – w dniu przymiarki / w dniu oddania pracy / przed jej oddaniem.

17. Niniejszym, zgodnie z art. 31–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz. U. z 2016 r. poz. 186 z późn. zm.), **wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego** wskazanego przez (imię i nazwisko lekarza)

.....
podpis lekarza

.....
*czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /
przedstawiciela ustawowego pacjenta, data i miejscowość*

.....
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data i miejscowość

RYZIKO ZWIĄZANE Z LECZENIEM PROTETYCZNYM I POWIKŁANIA

1. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co wiąże się z dodatkowymi kosztami.

2. Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową.

3. 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 zęba.

4. Ból zęba lub tkanek otaczających oraz głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży).

5. Szczękościsk.

6. Pęknięcie, złamanie zęba.

7. Obrzęk, ropień, krwiał.

8. Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym.

9. Problemy natury estetycznej.

10. Problemy z jedzeniem i mówieniem.

11. Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe.

12. Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne.

13. Zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych nieplanowanych wcześniej kosztów.

14. Ewentualne powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniem co do zastosowania możliwych rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla Pacjenta efektu.

Zapoznałem(-am) się z informacją dotyczącą leczenia protetycznego dotyczącą leczenia protetycznego

.....
podpis lekarza

.....
*czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /
przedstawiciela ustawowego pacjenta, data i miejscowość*

.....
czytelny podpis pacjenta, który ukończył 16 lat, data i miejscowość