

Zgoda na leczenie zachowawcze

.....
Imię i nazwisko oraz PESEL

Ja, niżej podpisany(-a), wyrażam zgodę na leczenie zachowawcze u mnie / u mojego syna / mojej córki / mojego podopiecznego w zakresie poniżej opisanym przez lekarza stomatologa

Zgoda ta obowiązuje do momentu jej odwołania w formie pisemnej.

Leczenie zachowawcze będzie obejmować następujące zęby:

1. Zostałem poinformowany(-a) o aktualnym stanie uzębienia i konieczności podjęcia leczenia w opisanym wyżej zakresie. Wszystko zostało mi wyjaśnione i wszystko zrozumiałem(-am).

2. Poinformowałem(-am) lekarza o stanie mojego zdrowia i przyjmowanych lekach w formie pisemnej. Oświadczenie o stanie zdrowia stanowi załącznik nr 1 do niniejszej zgody.

Załączono oświadczenie:

O stanie zdrowia osoby niepełnoletniej TAK/NIE

O stanie zdrowia osoby dorosłej TAK/NIE

Zgoda na sedację TAK/NIE

3. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka zdecydowałem(-am) się na zaproponowane leczenie.

4. Leczenie chirurgiczne, endodontyczne, protetyczne oraz implantologiczne wymaga osobnej zgody dla każdego nowego leczenia.

5. Rozumiem, że zakres leczenia może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wynikną nieprzewidywalne okoliczności, zwłaszcza rozszerzenie leczenia zachowawczego o leczenie endodontyczne. Wyrażam wówczas zgodę na dokonanie korekty planu leczenia i kosztów zgodnie z obowiązującym cennikiem.

6. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.

7. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej, pełna sanacja całego uzębienia i zgłaszanie się do okresowych badań według zaleceń lekarza, jednak nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

8. 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.

Nie zgłaszam żadnych pytań, wątpliwości czy dodatkowych wyjaśnień TAK/NIE

9. Leczenie wykonane będzie z najwyższą starannością i przy zachowaniu najwyższych standardów. Leczenia w zakresie wyżej opisanym nie obejmuje elementów niezwiązanych bezpośrednio z wykonaniem tegoż leczenia, np. innych wypełnień, złamania zęba lub jego części, leczenia endodontycznego, jeżeli nie było wykonywane wraz z wypełnieniem zęba, rozchwiania zębów, późnych zmian w miazdze zęba itp.

10. Wyrażam zgodę na znieczulenie miejscowe i nie znam żadnych przeciwwskazań do jego wykonania.

Całkowity koszt leczenia bez kosztów leków wraz z wypełnieniem/uzupełnieniem protetycznym opisanym wyżej wynosi, słownie:

Zostałem również poinformowany, że zakres leczenia może ulec zmianie i może być powiększony, co

spowoduje podwyższenie kosztów, jeżeli w trakcie leczenia okaże się, iż ząb i jego korona musiała być uzupełniona w większym zakresie niż przewidywany w niniejszej zgodzie. W takim przypadku zobowiązuje się pokryć koszty wynikłe z większego zakresu leczenia i wyrażam na niego zgodę.

.....
.....
podpis i pieczęć lekarza dentysty czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego
pacjenta,
data, miejscowość

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