

## Zgoda pacjenta na wykonanie licówek

.....  
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. ....

Planowany, zaakceptowany przez pacjenta projekt licówek:

.....

1. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach oraz 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 leczenia i po założeniu licówek.

5. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. dobór koloru, kształtu i ustawienia zębów zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami podpisem. Jeżeli po tym fakcie chciałbym(-abym) dokonać zmian w kolorze lub formie licówek, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

6. 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.

7. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu.

8. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o celu i konieczności oraz możliwości wykonania licówek na zęba(-y), 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 oraz zaletach. Miałem(-am) możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.

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

11. Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku zwłoki lub przerwania leczenia 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. W takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia.

12. W przypadku różnic między rekomendowanym a zaakceptowanym / wybranym przez pacjenta zakresem leczenia, oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z

brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.

13. Akceptuję plan leczenia wraz z wyceną – planem leczenia, która stanowi załącznik do niniejszej zgody.

14. 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 licówek** wskazanej w niniejszej zgodzie przez (imię i nazwisko lekarza) .....

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