

Bielsko-Biała dn, .....

Dane pacjenta:

(Imię Nazwisko, dokładny adres,  
numer pesel, numer telefonu)

.....

.....

.....

### Zgoda na leczenie stomatologiczne

W związku ze stanem zagrożenia epidemiologicznego w Polsce koronawirusem SARS-CoV-2 wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu stomatologicznego w gabinecie Dental Care. Jednocześnie oświadczam, że w przeciągu ostatnich 14 dni nie zaobserwowałem/-łam u siebie objawów infekcji, nie miałem kontaktu z osobą objętą kwarantanną, oraz nie przebywałem poza granicami Polski.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przesłanym drogą mailową regulaminem organizacji w trakcie pandemii koronawirusa COVID-19.

Poświadczenie nieprawdy - a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta

Oświadczenie pacjenta/opiekuna dotyczące ryzyka zakażenia patogenami przenoszonymi drogą kropelkową

Podczas przybywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego prawny opiekun) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzina pacjenta).

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi.

Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt stomatologicznych, a podpis składam dobrowolnie.

W dniu dzisiejszym pomiar temperatury .....

## **ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE I ENDODONTYCZNE**

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL .....

seria i nr dowodu osobistego .....

zgodnie z art. 32 – 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. 16 -18 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 zaplanowanego leczenia zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszego oświadczenia przez lek.dent.....w gabinecie stomatologicznym DENTAL CARE ul. PCK 4 Żywiec 34-300

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

1. Zostałem(łam) poinformowany(a) o konieczności leczenia i aktualnym stanie uzębienia. Wszystko zostało mi wyjaśnione przystępnie i wszystko zrozumiałem(łam).
2. Poinformowałem lekarza o stanie mojego zdrowia i przyjmowanych lekach w formie pisemnej.
3. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowałem się na zaproponowane leczenie.
4. Zgoda jest ważna do momentu jej odwołania. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.
5. Leczenie chirurgiczne i protetyczne, wymaga osobnej zgody osobnej dla każdego nowego leczenia
6. Rozumiem, że zakres leczenia może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wyniku nieprzewidziane okoliczności, zwłaszcza rozszerzenie leczenia zachowawczego o endodontyczne . Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty planu leczenia i kosztów zgodnie z cennikiem gabinetu.
7. Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych niezbędnych do administrowania kartoteką pacjenta. Zgadzam się na wykonanie znieczulenia miejscowego, dokumentacji radiologicznej oraz fotografii podczas zabiegów  
NZOZ Dental-Care Agnieszka Nieścieronek Sp. J. 34-300 Żywiec ul. PCK4 TEL: 033 4756247 www.dental-care.pl | rejestracja@dental-care.pl NIP: 553 239 38 82
8. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.
9. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia i rękojmi jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej, pełna sanacja całego uzębienia i zgłaszanie się do okresowych badań co 12 miesięcy.
10. Na wykonana prace jest udzielana roczna rękojmia, rękojmia dotyczy tylko samego leczenia nie obejmuje elementów nie związanych bezpośrednio z wykonanym leczeniem np. innych wypełnień niż zakładane w tym samym zębie, złamania zęba lub jego części, leczenia endodontycznego jeśli nie było wykonywane wraz z wypełnieniem zęba, rozchwiania zębów, późnych zmian w miazdze zęba itp.
11. Specyficzne aspekty leczenia endodontycznego.
  - Istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia, specyficznej budowy lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia.
  - Istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany kanału, złamania narzędzia, przepchnięcia pewnej ilości materiału wypełniającego kanał poza jego wierzchołek i inne rzadziej spotykane.
  - W trakcie leczenia kanałowego mogą wystąpić dolegliwości bólowe, obrzęk, odma, a nawet ropień. Może okazać się konieczna interwencja chirurgiczna i/lub antybiotykoterapia.
  - Powyższe niebezpieczeństwa mogą powodować konieczność usunięcia zęba lub skierowania do gabinetu w którym możliwe będzie prawidłowe wykonanie zabiegu. Nie jest w tym wypadku pobierana opłata za leczenie endodontyczne. Może to także spowodować konieczność zmiany lub rozszerzenia leczenia np. o chirurgiczne i w związku z tym zmianę kosztów leczenia wg cennika wywieszzonego w gabinecie.

- Leczenie endodontyczne upośledza mechaniczną wytrzymałość zęba.
- Niepodjęcie lub jego przerwanie leczenia endodontycznego prowadzi do szybkiej utraty zęba, ewentualnie do większych kosztów leczenia w okresie późniejszym
- W przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia zmiany te nie ulegną wygojeniu, co może wymagać dodatkowego leczenia chirurgicznego lub usunięcia zęba.
- Warunkiem utrzymania zęba po leczeniu endodontycznym jest szczelne wypełnienie ubytku, a w szczególnych przypadkach wzmocnienie wkładem koronowo-korzeniowym i odbudowa brakujących tkanek koroną protetyczną

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

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.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

## Gwarancja

Czas trwania gwarancji:

- Wypełnienia kompozytowe – **2** lata
- Wypełnienie mleczaków - **6** miesięcy
- Leczenie kanałowe – **2** lata
- Stałe uzupełnienia protetyczne (korony i mosty ) – **5** lat
- Protezy ruchome akrylowe – **1** rok
- Protezy ruchome szkieletowe – **2** lata
- Implanty – **10** lat

**Warunkiem utrzymania gwarancji jest:**

- Higienizacja jamy ustnej – usunięcie kamienia i osadów, realizowana co sześć miesięcy
- Utrzymanie higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami higienistki lub lekarza, podanymi podczas instruktażu higieny jamy ustnej
- Odbywanie wizyt kontrolnych co sześć miesięcy
- Niezwłoczne wykonanie zabiegów zaleconych przez lekarza podczas wizyt kontrolnych

\*Szczegółowe informacje dotyczące gwarancji dostępne na stronie: <https://www.dental-care.pl/content/gwarancja>

.....  
Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....  
Czytelny podpis pacjenta

**Wywiad epidemiologiczny**
**Pacjent/Opiekun Pacjent**
**DANE PERSONALNE**

Imię ..... Nazwisko .....

**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Deklaracja**

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARS- CoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

	Tak	Nie
przebywałem/-am w ciągu ostatnich 14 dni poza granicami Polski		
miałem/-am kontakt z osobami przebywającymi w ostatnich 14 dniach poza granicami Polski		
jestem objęty kwarantanną		
miałem/-am kontakt z osobami z NCoViD19		
miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie		
miałem/-am gorączkę, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszności		
Jednocześnie pragniemy zapytać czy w dniu dzisiejszym przyjmowałeś/ -aś którykolwiek z leków:		
<b>Zawierające Paracetamol</b> <i>(Apap, Panadol, Paracetamol, Vicks, Fervex, Gripex, Etopiryryna, , Metafen, Nurofen, Teraflu, Febrisan, Acenol, Calpol, Codipar, Efferalgan, Omnipap, Panacit, Paramax, Pedicetamol, Sinebriv, Flu Control, Grypolek, Cerugrip, GripBlocker, Grypostop, Coldrex, KidofenAntidol, Dafalgan, Paramax, Talvosilen, Ultracod, Solpadeine, Cefalgin, Saridon, Excedrin, Apopatram, Doreta, Exbol, Padolten, Palgotal, Paratram, Poltram, Synrtam, Tramadol, Tramapar, Tabcin, Zaldiar</i>		
<b>Zawierające Ibuprofen i pochodne</b> <i>(Ibuprom, Ibum, Metafen, Babyfen, Brufen, Ibalgin, Ibufen, Ibumax, Ibupar, Ibuprofen, Iburapid, Ifenin, Kidofen, MIG, Nurofen, Pediprofen, Flustad, Modafen, Acatar, Infex, Sudafed, Biprofenid, Febrofen, Ketonal, Ketoprofen, Ketores, Profenid, Refastin, Deksak, Ketesse, Skudeksa, Diklophenak, Diclac, Diclo Duo, Dicuno, Majamil, Olfen, Voltaren, Artrotec )</i>		
<b>Zawierające Kwas Acetylosalicylowy</b> <i>(Aspiryna, Alcaprim, Alcaseltzer, Aspirin, Encopirin, GripBlocer, Maxipirin, Polopiryryna, Pyramidon, Coffepirine, Dampiryryna, Kopiryryna, Etopiryryna, Ekscedrin, Upsarin, Antygyrypin, Ascalcin)</i>		
<b>Inne:</b> <i>Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex</i>		

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

 .....  
**Data i podpis**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322)
2. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374)

Z uwagi na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych w związku z zawartą z nami umową, zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych - RODO) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04), informujemy, że:

- a) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest spółka DENTAL CARE AGNIESZKA NIEŚCIERONEK SPÓŁKA JAWNA w Żywcu (34-300), ul. PCK 4 wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000286618 (Sąd Rejonowy Bielsku-Białej, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku), posiadającą NIP: 5532393882, REGON: 240709793, dane kontaktowe: Żywiec (34 – 300), ul. PCK 4, e-mail: [rejestracja@dental-care.pl](mailto:rejestracja@dental-care.pl), tel. kontaktowy: +48 33 475 62 47,
- b) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są w następujących celach:
- w celu wykonania umowy zawartej przez Pana/Panią z administratorem, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych,
  - dla celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, tj. marketingu bezpośredniego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, a w tym w przypadku wyrażenia przez Pana/Panią zgody na otrzymywanie informacji handlowej, w celu wysyłania informacji handlowych o produktach (towarach i usługach) oraz promocjach administratora na podany przez Pana/Panią adres e-mail lub w formie wiadomości SMS pod wskazany przez Pana/Panią numer telefonu,
- c) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych jest administrator oraz upoważnieni przez niego do przetwarzania danych osobowych przedstawiciele administratora, pracownice protetyczne, o ile będzie potrzeba przekazania danych w celu wykonania dla Pani/Pana usługi dotyczącej protezy, biuro rachunkowe administratora, podmioty zapewniające obsługę IT administratora, hostingodawcy poczty e-mail administratora oraz kancelarie prawne w zakresie niezbędnym dla ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,
- d) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez administratora:
- w zakresie przetwarzania Pana/Pani danych osobowych w celu wykonania umowy - do przedawnienia potencjalnych roszczeń, nie krócej niż 6 lat od początku roku następującego po roku kalendarzowym, w którym wykonano usługi objęte umową,
  - w zakresie przetwarzania Pana/Pani danych osobowych w celu marketingu bezpośredniego obejmującego między innymi przesyłanie informacji o umówionych wizytach na wskazany numer telefonu lub adres e-mail jak również na temat wizyt, kontrolnych, które powinny być regularnie wykonywane – do momentu złożenia przez Pana/Panią sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w takim celu,
- e) przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pana/Pani osoby, ich sprostowania, usunięcia (w przypadkach wskazanych w przepisach art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) lub ograniczenia przetwarzania (w przypadkach wskazanych w przepisach art. 18 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) oraz do przenoszenia Pana/Pani danych (w przypadkach wskazanych w przepisach art. 20 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych),
- f) w zakresie w jakim przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych odbywa się na potrzeby marketingu bezpośredniego na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych na potrzeby takiego marketingu,
- g) przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia w dowolnym momencie zgody na otrzymywanie informacji handlowych bez wpływu na zgodność z prawem otrzymania informacji handlowych jakie zostały do Pana/Pani wysłane na podstawie zgody przed jej cofnięciem,

- h) przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, w razie stwierdzenia, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych,
- i) podanie Pana/Pani danych osobowych jest dobrowolne, jednakże jest niezbędne w celu zawarcia i wykonania umowy, w związku z czym niepodanie Pana/Pani danych osobowych może uniemożliwić zawarcie i/lub wykonanie umowy. W pozostałym zakresie podanie Pana/Pani danych osobowych jest całkowicie dobrowolne.

\_\_\_\_\_  
Potwierdzam otrzymanie powyższej informacji (data i podpis)

\* \* \*

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (na numer telefonu \_\_\_\_\_ oraz adres e-mail: \_\_\_\_\_), informacji handlowych przez administratora, na temat produktów i usług świadczonych przez administratora.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis)

## ZGODA PACJENTA NA FOTOGRAFIĘ STOMATOLOGICZNA

Ja.....zezwalam dr .....  
pacjent lekarz  
na wykonanie zdjęć i/lub video mojej twarzy, szczęk i zębów przed, w trakcie i po leczeniu.

**Wyrażam zgodę aby fotografujący mógł używać zdjęć w następujących przypadkach:**  
(\* niepotrzebne skreślić)

- \* dane stomatologiczne, badania stomatologiczne, edukacja stomatologiczna włączając w to wykłady, seminaria, demonstracje, artykuły branżowe, dzienniki czy książki
- \* materiały marketingowe, wliczając to strony internetowe i wydrukowane materiały, edukacja pacjentów
- \* cała twarz
- \* widok zębów

Zdaję sobie sprawę, że jeżeli moje zdjęcia/ materiały video będą wykorzystane, moje dane osobowe i inne dane medyczne będą trzymane w tajemnicy (inaczej niż w przypadku zdjęć całej twarzy).

Nie oczekuję gratyfikacji finansowej, zapłaty ani żadnej innej rekompensaty za wykorzystanie zdjęć.

data, pieczętka, podpis lekarza

data, podpis pacjenta