

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE I ENDODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

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 wynikną 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 (przeziurawienia) 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 wywieszonego 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

PDF Converter

Only two pages were converted.

Please **Sign Up** to convert the full document.

www.freepdfconvert.com/membership