

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul.Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE**

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

Dane lekarza prowadzącego.....

Imię i nazwisko

Dane lekarza implantologa:

Imię i nazwisko

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowana liczba implantów w pozycji 1. 2. 3. 4. 5. 6.

Inne procedury chirurgiczne:

Elementy kosmetyczne w strefie estetycznej

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Rekomendowana liczba implantów w pozycji 1. 2. 3. 4. 5. 6.

Inne procedury chirurgiczne

Dodatkowe ustalenia

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul.Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678



Dodatkowe ustalenia-protetyka

W przypadku różnic między zarekomendowanym i planowanym (zaakceptowanym przez Pacjenta) zakresem zabiegu oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanych z odmową zgody na rekomendowane świadczenia. Biorę to ryzyko na siebie.

.....
Podpis lekarza prowadzącego.....
Podpis lekarza implantologa.....
Czytelny podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE

W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna lekarza specjalisty z wyżej wymienionym pacjentem o implantacji wszczepów, względnie materiałów kośćozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych pacjentów i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego zabiegu. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się zabiegowi.

Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuje do wiadomości, że ani lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym cech osobniczych pacjenta, stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków, z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.

Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o:

1. moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
2. proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,
3. dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
4. wynikach leczenia oraz rokowaniu,
5. wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi,
6. skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na wykonanie danego świadczenia.

W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie.

Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.

Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, o postępowaniu po zabiegu, jakie zalecił mi lekarz, oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja o postępowaniu pozabiegowym po implantacji, augmentacji, zabiegu sinus lifting.

Mając świadomość ewentualnych komplikacji, nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu, zobowiązuję się, że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do kliniki, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka praw pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub kliniki.

Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego, zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.

Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności:

1. Nie palenia papierosów. Palenie papierosów w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia i jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantologicznym.
2. Zgłaszania się na okresowe kontrole, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku. Jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia.
3. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja, nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy ciąg leczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów, zgodnie z załączonym cennikiem.

Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek, gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia, omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.

Wyrażam zgodę na wykonie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tej kliniki stomatologicznej. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny tej kliniki” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne w pomieszczeniach kliniki 3G Dentist przy ulicy Kieleckiej 1/02 w Krakowie za zgodą kierownika tej kliniki, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul. Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678



Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeb dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika kliniki.

Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach pacjenta.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach kliniki 3G Dentist oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego.

Oświadczam, że wyżej wymienione oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w wyżej wymienionym planowanym zakresie.

W załączeniu:

1. Informacja o postępowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinus liftingu.
2. Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie pacjenta” na potrzeby Indywidualnej Praktyki Lekarskiej Marek Woźniacki (3G Dentist) (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi obecnych i przyszłych umów/świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. gabinecie. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
Czytelny podpis pacjenta

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul. Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678

**WYRAŻENIE ZGODY NA WYKORZYSTANIE ZDJĘĆ LUB INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DO CELÓW NAUKOWYCH, PUBLIKACJI.**

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez lekarza prowadzącego i lekarza implantologa zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji, wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwią identyfikację pacjenta.

Data

.....
Słownie „wyrażam zgodę”.....
Czytelny podpis pacjenta**INFORMACJA O ZACHOWANIU PO IMPLANTACJI, AUGMENTACJI, ZABIEGU SINUSLIFTINGU.**

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

W dniu operacji i dwa dni po operacji:

1. Nie palić i nie spożywać alkoholu.
2. Nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego.
3. Jeść i pić po upływie miejscowego znieczulenia.
4. Przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie.
5. Nie gryźć w okolicach implantu.
6. Dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej.
7. Usta w okolicy rany tylko przepłukiwać.
8. W czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany.
9. Po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną letnią wodą.
10. Nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem.

Przy ewentualnym krwotoku nagryźć chusteczkę; jeśli po upływie pół godziny krwotok nie ustanie, zadzwonić natychmiast do lekarza prowadzącego.

W okolicy miejsca zabiegu, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie; aby złagodzić te objawy można stosować zimne okłady.

Po zabiegu implanty zostają najczęściej natychmiastowo prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczna odbudowa następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, (kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej), implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16-28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pacjent zauważył, że tymczasowe zabezpieczenie implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (np. na skutek przedwczesnego kontaktu jeszcze przed zagryzieniem zębów), proszę natychmiast zgłosić się na wizytę kontrolną.

W okresie gojenia koniecznie należy unikać odgryzania implantem kęsów pokarmu (zęby przednie), ewentualnie unikać żucia (zęby boczne). Należy szczególnie unikać twardego pożywienia. Proszę nie manipulować przy implantach. Nie sprawdzać palcami trwałości korony lub mostu tymczasowego, nie dotykać językiem ani nie ssać.

Należy kontynuować normalną pielęgnację zębów. W ciągu pierwszych dwóch tygodni proszę zachować czystość w okolicy implantacji poprzez płukanie i ostrożne czyszczenie miękką szczoteczką do zębów.

Szczególnie ważne jest czyszczenie okolicy implantacji. Aparaty do płukania ust (irygatory) są w tym zakresie szczególnie pomocne i godne polecenia. Intensywna pielęgnacja zębów i jamy ustnej będzie w przyszłości nieodzowna. Na ten temat Pacjent zostanie poinformowany i przeszkolony w gabinecie, w którym wykonywał zabieg implantacji. W razie pojawienia się jakichkolwiek niepokojących objawów, należy natychmiast zgłosić się na wizytę kontrolną,

System regularnych wizyt kontrolnych jest integralną fazą leczenia szczególnie ważną w pierwszym okresie po implantacji. Plan wizyt kontrolnych jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta, uwzględniając indywidualne czynniki ryzyka. Zwykle wizyty należy odbywać w odstępie nie większym niż 3 miesiące w pierwszym roku po implantacji. W trakcie wizyty kontrolnej lekarz skontroluje stan higieny jamy ustnej, błony śluzowej, wystąpienie objawów ewentualnej infekcji. Oceniona zostanie również ruchomość implantów a zwłaszcza poziom kości. W trakcie wizyty kontrolnej zostanie również przeprowadzone profesjonalne usunięcie płytki i kamienia nazębnego.

Długofalową opiekę w celu utrzymania trwałego efektu leczenia implantologicznego należy traktować, jako integralny element tego leczenia. Zaniedbanie regularnych kontroli może zniweczyć uzyskany efekt implantoprotetyczny osiągnięty w czasie niejednokrotnie długiego i kosztownego procesu leczenia.

.....
Czytelny podpis pacjenta

INFORMACJA DOTYCZĄCA ROZMOWY WYJASNIAJĄCEJ PROBLEMATYKĘ ZWIĄZANĄ Z IMPLANTACJĄ.

Droga pacjentko, drogi pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów) Pani/Pana zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona.

Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania odbudowy protetycznej (koron, mostów lub protez).

Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pani/Pana najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szcęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertła tworzy się łożo, w które zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zszyte. Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku wgojenie się implantu trwa 4-7 miesięcy. W tym czasie nie można

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul. Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678



obciążać implantu ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może okazać się plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują bardzo rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu może przejściowo wystąpić obrzęk policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko.

Czasami, z powodu zbyt małej ilości tkanki kostnej, konieczne jest otwarcie zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

W przypadku niekorzystnej linii uśmiechu (uwidacznianie się dziąseł w czasie uśmiechu) występuje większe ryzyko niekorzystnego efektu estetycznego. W niektórych przypadkach niemożliwe jest idealne odbudowanie dziąseł przy koronach na implantach-zwłaszcza przy zanikach kości i dziąseł.

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

1. Nie spożywać alkoholu.
2. Nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego.
3. Ograniczyć mówienie.
4. Przyjmować tylko płynny i miękki pożywienie.
5. Po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką.
6. Nie dotykać okolic implantu.
7. Utrzymywać higienę jamy ustnej.

Zastrzyki podane w celu uzyskania znieczulenia miejscowego mogą osłabić Pani/Pana zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po zastrzyku nie powinna Pani/Pan zasiadać za kierownicą ani jeździć rowerem. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki).

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolicę implantu, powodzenie implantacji może być zapewnione. W przyszłości należy regularnie poddawać się zabiegom higienicznym.

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niepokojące odczucia w miejscu implantacji.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji. Podczas tej rozmowy otrzymałem/-am odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia.

Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

.....
Czytelny podpis pacjenta

UMOWA NA WYKONANIE IMPLANTACJI WSZCZEPÓW STOMATOLOGICZNYCH

Zawarta w Krakowie pomiędzy Indywidualną Praktyką Lekarską Marek Woźniacki (3G DENTIST) przy ul. Kieleckiej 1/02, 31-523 Kraków
Reprezentowanym przez: lek.med. lek.dent. Marka Woźniackiego
Nazywanym dalej Gabinetem, a

Imię i nazwisko

Adres

PESEL

Tel

e-mail

Zwanym dalej Pacjentem.

&1

Pacjent zleca a Gabinet przyjmuje do wykonania zabieg implantacji wszczepów stomatologicznych opisanych, co do zakresu w „Zgodzie Pacjenta” z dnia

&2

Wynagrodzenie Gabinetu wynosi.....płatne gotówką/przelewem do dnia..... za zabieg wszczepienia implantu (cena śruby gojącej, łącznika i korony protetycznej na wczepionym implancie nie jest płatna osobno wg cennika lub wyceny do zabiegu z dnia

&3

Pacjent zobowiązuje się do osobistego pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z załączonym cennikiem lub innymi pisemnymi ustaleniami oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych w ww. punktach.

&4

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu, Pacjent zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów zgodnie z załączonym cennikiem.

&5

Pacjent zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe (ponad planowane) procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów maksimum w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu.

&6

W przypadku, w którym leczenie w części lub w całości mogłoby być finansowane ze środków innych narodowych lub komercyjnych funduszy zdrowia lub z odszkodowania czy świadczenia zakładów ubezpieczonych, lub przez inne podmioty czy osoby, zobowiązuje się we własnym zakresie do dochodzenia kosztów zastosowanej procedury medycznej, bez cedowania dochodzenia roszczeń na placówkę medyczną, w której będzie wykonywany zabieg.

&7

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, za wykonane procedury lub koszty poniesione przez praktykę lekarską/ lekarza w związku z zabiegiem, zobowiązuje się, bez dodatkowego wezwania, do pokrycia ustawowych odsetek za zwłokę, a w przypadku konieczności wszczęcia procedury windykacyjnej lub konieczności dochodzenia roszczeń od innych podmiotów/ osób zobowiązanych (do refundacji lub pokrycia kosztów zabiegu) zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kosztów zabiegu, nie mniej niż:

- a. 500 zł dla pacjenta zamieszkałego w Polsce.
- b. 1000 zł dla pacjenta zamieszkałego poza granicami Polski.

ZGODA IMPLANTOLOGICZNA

Data wydruku: 04-08-2015

Indywidualna praktyka lekarska lek. med. lek. dent.

Marek Woźniacki, REGON: 120442854

ul.Kielecka 1/02

31-523 Kraków

Tel.: 533777678

**&8**

W przypadku wystąpienia konieczności usunięcia implantów w okresie integracji implantów z kością (4-7 miesięcy po zabiegu) lub po tym okresie, Pacjent zobowiązuje się do pokrycia kosztów usunięcia oraz ponownego założenia implantu zgodnie z cennikiem Gabinetu.

&9

W sprawach nieuregulowanych przez tą umowę mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

&10

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania. Umowa może ulec rozwiązaniu na mocy porozumienia stron.

&11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
Podpisy stron:

.....
Miejscowość, data

.....
Gabinet

.....
Pacjent