

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE  
PROTETYCZNE**

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 PROTETYCZNE**

Imię i nazwisko pacjenta .....

nr PESEL .....

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

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, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez lek. dent. .... w 3G Dentist, Indywidualna Praktyka Lekarska lek. med. lek. dent. Marek Woźniacki, ul. Kielecka 1/02 Kraków, NIP 675-132-22-10.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z wypełnioną oraz podpisaną ankietą dotyczącą mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych,
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. o zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu,
4. o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający,
5. o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia,
6. że uzupełnienia protetyczne nie zapobiegają między innymi: rozwijaniu próchnicy, złamaniu korony lub korzenia zęba, zanikowi kości (w tym obnażaniu się korzenia zęba),
7. że kolor/kształt w szczególności stałych uzupełnień protetycznych nie jest możliwy do zmiany i naprawy po ostatecznym osadzeniu,
8. że kolor/kształt uzupełnień protetycznych ulega starzeniu zgodnie z właściwościami zastosowanych materiałów,
9. o możliwości obumarcia miążgi zęba żywego w wyniku preparacji pod stałe uzupełnienie protetyczne i w efekcie tego, możliwych ostrych dolegliwości bólowych. Ząb taki będzie wymagał najprawdopodobniej leczenia endodontycznego płatego wg. obowiązującego cennika. Wykonane uzupełnienie protetyczne będzie wymagało ściągnięcia, uszkodzenia lub całkowitego zniszczenia, bez możliwości ponownego wykorzystania uzupełnienia protetycznego,
10. o konieczności wykonania uzupełnienia tymczasowego w przypadku preparacji zęba żywego celem zminimalizowania ryzyka wystąpienia sytuacji opisanej w pkt. 9,

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE  
PROTETYCZNE**

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



11. o braku refundacji kosztów w wyniku uszkodzenia lub konieczności ponownego wykonania stałego lub/i ruchomego uzupełnienia protetycznego w konsekwencji sytuacji opisanej w pkt. 9,
12. o warunkach gwarancji,
13. o kosztach leczenia, które akceptuję,
14. że, zgoda pacjenta na zacementowanie pracy protetycznej jest zgodą na akceptację koloru, kształtu i rodzaju wybranego uzupełnienia,
15. że, prace wykonywane w trybie pilnym, płatne są dodatkowo 40 % ceny regularnej.

Zobowiązuję się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru i kształtu zębów, formy uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

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

Wyrażam zgodę na wykonanie oraz wykorzystanie mojej dokumentacji radiologicznej, fotograficznej oraz opisie mojego przypadku przez Indywidualną Praktykę Lekarską lek. med. lek. dent. Marek Woźniacki (3G Dentist) w pracach badawczych, szkoleniach, prezentacjach, wykładach, publikacjach naukowych oraz umieszczanie na stronach [www.3gdentist.pl](http://www.3gdentist.pl), [www.3gdentist.eu](http://www.3gdentist.eu) pod warunkiem, że opis i zdjęcie uniemożliwią identyfikację pacjenta.

.....  
Podpis i pieczęć lekarza dentystry

.....  
Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)