

ZGODA PACJENTA NA ZACEMENTOWANIE/PRZYKRĘCENIE UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. ZACEMENTOWANIE/PRZYKRĘCENIE UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO:

Dotyczy wykonanego uzupełnienia protetycznego:

Sposób mocowania uzupełnienia protetycznego:

Zacementowanie Przykręcenie (zaznaczyć właściwe)

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: celem wizyty jest uzupełnienie braków zębowych oraz rehabilitacja narządu żucia poprzez oddanie (zacementowanie lub/i przykręcenie) uzupełnienia protetycznego. Pacjent przed procedurą oddania uzupełnienia protetycznego podejmuje decyzję co do akceptacji: kształtu, wyglądu oraz koloru wykonanego uzupełnienia (brak możliwości zmian po oddaniu). Po zacementowaniu/przykręceniu uzupełnienia protetycznego może wystąpić czasowa wrażliwość bądź zapalenie dziąseł, a także nadwrażliwość pozabiegowa zęba, utrzymująca się nawet do 30 dni, wymagająca niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych. W przypadku nieustąpienia nadwrażliwości zęba może zaistnieć konieczność leczenia endodontycznego (kanałowego) zęba. W trakcie leczenia może wystąpić reakcja alergiczna na używane narzędzia/materiał.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. **Powikłania rzadkie to:** omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna.

3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;

- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku innych braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - uzupełnienie protetyczne może mieć niekorzystny wpływ na wynik badania radiologicznego i rezonansu magnetycznego w obrębie głowy (możliwe artefakty – tj. zaburzenia dokładności obrazu radiologicznego – w wyniku badania);
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - d) o możliwości zaniechania leczenia i jego konsekwencjach;
 - e) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie zacementowania/przykręcenia uzupełnienia protetycznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - f) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - g) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

zacementowanie/przykręcenie uzupełnienia protetycznego

znieczulenie

badanie RTG/CBCT

Oświadczam, że akceptuję kształt, wygląd i kolor wykonanego uzupełnienia protetycznego. Mam świadomość, że po wykonaniu zacementowania/przykręcenia uzupełnienia protetycznego nie będzie możliwa jego zmiana.

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA: zaakceptowane przez pacjenta w dniu rozpoczęcia leczenia protetycznego
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Część wynagrodzenia nieuiszczona dotychczas będzie płatna w dniu zacementowania/przykręcenia uzupełnienia protetycznego.
- 3) GWARANCJA JAKOŚCI:

Podmiot leczniczy udziela 2-letniej gwarancji jakości na wykonane uzupełnienia protetycznego na następujących warunkach:

1. warunki przysługiwania uprawnień z tytułu gwarancji obejmują:

- a. odbywanie przez pacjenta regularnych wizyt kontrolnych i higienizacyjnych, na które pacjent ma obowiązek zgłosić się do zakładu leczniczego, który wykonał usługę, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
- b. przestrzeganie przez pacjenta wszystkich zaleceń lekarzy;
- c. zachowanie przez pacjenta prawidłowej higieny jamy ustnej;

nieprzestrzeganie przez pacjenta któregokolwiek z ww. warunków skutkuje utratą uprawnień z tytułu gwarancji jakości – o ile nastąpiło z przyczyn nie leżących po stronie podmiotu leczniczego;

2. gwarancji nie podlegają usługi wykonane u pacjentów, u których występują:

- a. zaburzenia narządu żucia,
- b. naturalne zaniki kości,
- c. choroby przyzębia,
- d. niewyleczone ubytki próchnicowe oraz braki zębowe,

które mogą mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na trwałość wykonanej usługi;

3. gwarancja nie obejmuje:

- a. zmiany estetyki, kształtu i koloru wykonanego uzupełnienia protetycznego, którego ostatecznej akceptacji pacjent dokonał przed zacementowaniem/przykręceniem uzupełnienia protetycznego;
- b. uszkodzeń nie wynikających z przyczyn tkwiących w uzupełnieniu protetycznym lub z wykonanej usługi;
- c. usługi, jeżeli pacjent nie stosował się do zaleceń lekarza;
- d. odbudowy tymczasowej;
- e. kosztów dojazdu do gabinetu poniesionych przez pacjenta.

4) OŚWIADCZENIA PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności oraz gwarancji jakości i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;
3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
4. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza i zobowiązuję się ich przestrzegać, w tym regularnie odbywać wizyty kontrolne i higienizacyjne;

.....

(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNienie TAJEMNICY LEKARSKIEJ.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....

(data, podpis pacjenta)