



Zatwierdził: Dyrektor Medyczny Stomatologii  
Obowiązuje od: 01.08.2019  
Wersja nr: 1

(Pieczęć nagłówkowa placówki)

## **ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE**

Nazwisko imię	Data ur. /idx
Adres:	PESEL

Wyrażam dobrowolną zgodę na: .....  
(Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego)

.....  
nazywane dalej świadczeniem.

Oświadczam, że zostałem -(am) wyczerpująco i zrozumiale dla mnie poinformowany(-a) o celu ww. świadczenia zdrowotnego, jego przebiegu, ewentualnych powikłaniach mogących mieć związek z tym świadczeniem i sposobie postępowania po jego wykonaniu.

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

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.

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. o kosztach leczenia..... które akceptuję.

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, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.





Zatwierdził: Dyrektor Medyczny Stomatologii  
Obowiązuje od: 01.08.2019  
Wersja nr: 1

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.

.....  
(Czytelny podpis i pieczęć osoby zbierającej wywiad)

.....  
(Czytelny podpis pacjenta)

.....  
(W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r. ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego)

