

Szanowni Państwo !

Treść poniższej zgody na leczenie jest standardowym tekstem, publikowanym przez Okręgowe Izby lekarskie w Polsce i służy poinformowaniu Państwa o procedurach w czasie zabiegu, jak i możliwych komplikacjach, z których część pacjentów może nie zdawać sobie sprawy, a które są "książkowymi" powikłaniami, mogącymi powstać w czasie przeprowadzania leczenia, bądź po nim.

Podkreślamy natomiast słowo "**mogącymi**". Znaczy ono tyle, że powikłania te zdarzają się rzadko, a my, ze swej strony, jako lekarze współpracujący w ramach gabinetu **VIVA DENT** gwarantujemy Państwu sumienne wykonanie potrzebnego leczenia w taki sposób, by wspomniane poniżej powikłania Państwa nie dotyczyły lub zredukowane zostały do minimum.

Pozostajemy z szacunkiem.

Zgoda pacjenta na zabieg implantologiczny

Imię i nazwisko

Rodzaj planowanego zabiegu.....

Zgodnie z art.32-35 ustawy z dnia 5.grudnia 1996 o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2005 Nr 226 poz. 1943 z późn. zmianami) **wyrażam zgodę na :**

1. Wykonanie planowanego, w/w zabiegu implantologicznego.
2. Wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej potrzebnej do prawidłowego przeprowadzenia zabiegu (nie dotyczy kobiet w ciąży).

Oświadczam, że udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

Zostałem/am poinformowany/a o :

- Rodzaju zabiegu, sposobie leczenia.
- Możliwości wystąpienia powikłań wynikających bezpośrednio z przeprowadzonego zabiegu, podania znieczulenia oraz procesu gojenia.
- Przewidywanym wyniku samego zabiegu, jak i przewidywanym okresie gojenia z uwzględnieniem, że są to prognozy oparte na danych statystycznych.
- Właściwym postępowaniu po przeprowadzonym zabiegu

GWARANCJA:

**Zostałem poinformowany o zasadach gwarancji na wykonane prace (implanty 5 lat, protetyka 2 lata).
Utrzymanie warunków gwarancyjnych uzależnione jest od regularnych wizyt kontrolnych (minimum 1 raz na 6 msc.)**

Warunkiem zachowania gwarancji jest wykonanie protetyki w naszym lub współpracującym z nami gabinecie.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Podpis.....

Data.....

USTALA SIĘ CENĘ ZABIEGU:

1.Wszczep implantu – 2000 zł

2.Korona porcelanowa na łączniku metalowym – 1800 zł lub pełnoceramiczna (eMax) na łączniku metalowym – 2100.

Podpis.....

Data.....