

### **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 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

.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. 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 (chyba, że strony postanowiły inaczej)
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 oraz gwarancji.

*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.

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. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)