



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

## ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na wykonanie uzupełnienia protetycznego w postaci: (opis planowanej pracy protetycznej)

.....  
.....  
Akceptuje wybrany kolor..... zębów według kolornika: VITA/ inny.....

Zgadzam się na ustalony koszt wykonania usługi w wysokości.....  
słownie.....

wyliczony na podstawie aktualnie obowiązującego cennika.

Przed rozpoczęciem wykonania uzupełnienia protetycznego lub w dniu szlifowania zobowiązuję się wpłacić zadatek w wysokości nie mniejszej niż 25% całkowitego kosztu uzupełnienia protetycznego.

Dnia....., wpłacono zadatek w kwocie.....  
słownie.....

Pozostałą część zobowiązuje się uregulować w dniu oddania uzupełnienia protetycznego.

Pozostała kwota do zapłaty w wysokości.....  
słownie.....

Termin zapłaty.....

Została mi przekazana szczegółowa informacja o tym, że mam prawo do świadomej rezygnacji z leczenia protetycznego na każdym jego etapie. Odstąpienie od leczenia nie powoduje zwrotu zadatku.

Zostałam(em) również poinformowana(y), że po przerwaniu leczenia na okres dłuższy niż 12 miesięcy ceny mogą ulec zmianie zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem, który jest dostępny na stronie internetowej [www.stomatolog-platinum.pl](http://www.stomatolog-platinum.pl).

Lekarz poinformował mnie również o tym, że niestosowanie się do wskazań lekarza podczas leczenia protetycznego, w szczególności do nie przestrzegania terminów kolejnych wizyt, nieterminowego podejmowania kolejnych etapów leczenia protetycznego, odstąpienie od leczenia oznacza świadomą rezygnację z leczenia. Takie zachowanie pacjenta traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania ewentualnej szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu leczenia protetycznego i wykonanego uzupełnienia), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

Zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowana(y) o:

- przeciwwskazaniach do wykonania uzupełnienia protetycznego,
- technice i sposobie wykonywania uzupełnienia protetycznego,
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/ produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania pracy protetycznej,
- możliwych do osiągnięcia efektach uzupełnienia protetycznego,
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu uzupełnienia protetycznego, szczególnie o konieczności utrzymywania wysokiej higieny jamy ustnej oraz higieny wykonanej pracy protetycznej
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie trwania całkowitego leczenia protetycznego,
- czasie trwania tymczasowego zacementowania pracy protetycznej stałej,
- czasie po upływie którego, uzupełnieni protetyczne stałe będzie zacementowane na stałe,
- konieczności oszlifowania zęba(ów), usunięcia zęba(ów), konieczności dewitalizacji (umartwienie) zęba(ów),
- konieczności wykonania korekty pracy protetycznej.

Zostałam(em) wyczerpująco i jasno poinformowany o typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu. Zgodnie z Ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 5.12.1996r., (tj. DzU 2008., nr 136, poz. 857), lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach planowanych czynności medycznych. W związku z powyższym oświadczam, że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, których występowanie jest incydentalne i których nie da się przewidzieć w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie będzie z mojej strony przedmiotem roszczeń z tytułu niewłaściwego wykonania leczenia protetycznego.



**PLATINUM**

STOMATOLOGIA ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA

**PLATINUM STOMATOLOGIA**

**ESTETYCZNA IMPLANTOLOGIA**

Maksymilian Bojkowski

ul. T. Gackowskiego 1C, 85-137 Bydgoszcz

www.stomatolog-platinum.pl

tel. 882-464-530 e-mail

kontakt@stomatolog-platinum.pl

Lekarz poinformował mnie o tym, że zastrzega sobie prawo do rezygnacji ze świadczenia w/w uzupełnienia protetycznego na każdym etapie realizacji, w przypadku nieuzasadnionych roszczeń i nie akceptowania przez pacjenta pracy, o ile nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała pacjenta.

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat konieczności uzupełnienia wszelkich braków zębowych, które w przyszłości mogą przyczynić się do wystąpienia powikłań lub pogorszyć funkcjonalność wykonywanej pracy protetycznej, odczucia dyskomfortu i rozstroju zdrowia.

Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty wykonanej pracy protetycznej nie są identyczne w przypadku każdego pacjenta. Uzyskałam(em) wyczerpujące informacje na temat dających się osiągnąć efektów leczenia w moim przypadku.

Zostałam(em) poinformowany, że kierując się moim dobrem, zaplanowana praca protetyczna może ulec zmianie gdy lekarz stwierdzi na podstawie aktualnie posiadanej wiedzy medycznej, konieczność adaptacji zaplanowanej pracy protetycznej do istniejących warunków w jamie ustnej pacjenta.

Udzielono mi również rzetelnej informacji na temat wszelkich następstw i powikłań, jakie mogą wystąpić w związku z niezastosowaniem się do wskazań lekarza po wykonaniu pracy protetycznej.

Przed rozpoczęciem leczenia protetycznego udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi, na pytania które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie:

- mojego stanu zdrowia,
- wszelkiego typu alergii,
- trwającej terapii chorób przewlekłych,
- istnienia/ braku ciąży
- przyjmowania leków,
- przebytych zabiegów,
- przebytych urazów.

Oświadczam, że zatajenie jakichkolwiek z wymienionych informacji traktowane jest jako przyczynienie się pacjenta do powstania szkody (między innymi w postaci rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała lub negatywnego efektu zabiegu), za którą lekarz nie ponosi odpowiedzialności.

Informacja przekazana przez lekarza była, rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna orz zrozumiała. Jestem świadoma(y), że wystąpienie negatywnych następstw i powikłań, o których zostałam(em) poinformowana przez lekarza przed wykonaniem uzupełnienia protetycznego nie uprawnia mnie do wnoszenia roszczeń odszkodowawczych, jestem również świadoma(y), że podstawą roszczeń nie może być rozbieżność między rezultatem, którego zakres i rodzaj został ściśle określony przez lekarza przed przystąpieniem do leczenia protetycznego, a moimi oczekiwaniami.

W trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego leczenia protetycznego oraz planowanego uzupełnienia protetycznego.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na podjęcie leczenia protetycznego oraz wykonania uzupełnienia protetycznego.

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTKI(TA)!!

ODBIÓR PRACY PROTETYCZNEJ

DATA

CZYTELNY PODPIS PACJENTKI(TA)!!