



# 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 ZABIEGU

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zgodnie z art. 32- 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. 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 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DZ. U. 2009r. nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami), 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 zabiegu.

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

- typowych i najczęściej występujących następstwach i powikłaniach zabiegu,
- przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu,
- technice i sposobie przeprowadzenia zabiegu,
- pochodzeniu, składzie i sposobie działania preparatów/ produktów leczniczych, które zostaną użyte do wykonania zabiegu,
- możliwych do osiągnięcia efektach zabiegu,
- szczegółowym sposobie postępowania po wykonaniu zabiegu,
- czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
- czasie, po upływie którego może/ powinien zostać przeprowadzony kolejny zabieg,

**Poinformowano mnie o kosztach leczenia, które akceptuję.**

**SZACOWANY KOSZT** \_\_\_\_\_

Została mi przekazana szczegółowa informacja na temat sposobu przygotowania się (w warunkach domowych) do zabiegu oraz informacja na temat preparatów, jakie powinny zostać użyte przed wykonaniem zabiegu. Lekarz udzielił mi również informacji, że pominięcie przygotowań (w warunkach domowych) do wykonania zabiegu może wpłynąć na efekt zabiegu.



# 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

Poinformowano mnie także, że efekty uzależnione są od: wieku, stanu zdrowia, higieny, trybu życia, diety pacjenta, które mogą wpłynąć na efekt zabiegu. Lekarz poinformował mnie również o tym, że efekty zabiegu nie są identyczne w przypadku każdego 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 zabiegu.

Przed rozpoczęciem leczenia 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 zabiegu 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 zabiegu.

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

Podpis i pieczętka lekarza dentysty

DATA

**CZYTELNY PODPIS PACJENTA !!!**

(rodzica lub opiekuna)