

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZĘBÓW MLECZNYCH U DZIECKA

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL

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 leczenie zęba:
przez lek. dent.

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia Pacjenta- zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia. O wszelkich zmianach zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

1. o tym, że leczenie zachowawcze polega na usunięciu zmienionej próchnicowo tkanki zęba oraz odbudowy jej materiałem wypełniającym;
2. o tym, że po założeniu wypełnienia może wystąpić nadwrażliwość pozabiegowa zęba, utrzymująca się nawet do 30 dni;
3. o tym, że w przypadku zdiagnozowania głębokiej próchnicy może zaistnieć konieczność leczenia endodontycznego(kanałowego) zęba;
4. o tym, że po wykonanym zabiegu może nastąpić czasowa wrażliwość bądź zapalenie dziąseł;
5. o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba mleczonego polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym;
6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;
7. o kosztach leczenia, które akceptuję.

Centrum Estetique udziela 2 letniej gwarancji na wykonywane usługi stomatologiczne. Ogólne warunki gwarancji:

1. **Podstawowym warunkiem gwarancji są regularne wizyty kontrolne, na które Pacjent ma obowiązek zgłosić się w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;**
2. **Pacjent zobowiązany jest do zachowania prawidłowej higieny jamy ustnej;**
3. Gwarancji nie podlegają usługi wykonane u Pacjentów u których występują liczne niewyleczone ubytki próchnicowe oraz braki zębowe, które mogą mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na trwałość wykonanej usługi stomatologicznej;
4. Gwarancja nie obejmuje uszkodzeń spowodowanych czynnikami zewnętrznymi;
5. Gwarancja nie obejmuje usługi, której wykonanie nie zostało zakończone zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego;
6. Gwarancja nie obejmuje wypełnień tymczasowych oraz innych usług stomatologicznych, kiedy jest utrudniona współpraca lub brak współpracy ze strony małego Pacjenta;
7. Szczegółowy regulamin gwarancji na usługi stomatologiczne jest dostępny w recepcji Centrum Estetique.

Zabieg stomatologiczny może być wykonany w znieczuleniu - znieczulenie wykonywane jest na życzenie Pacjenta. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością Pacjenta. Do powikłań częstych, mniej groźnych należy wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek(siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. Powikłania rzadkie to omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna. Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia do zabiegu stomatologicznego.

W trakcie badania lub zabiegu stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Może ono mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum, które pozwala uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz dokumentacji fotograficznej, jej przetwarzanie oraz wykorzystywanie w formie uniemożliwiającej identyfikację Pacjenta. Podczas mojego pobytu w Centrum Estetique, w tym w trakcie udzielania świadczeń medycznych wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku oraz wizerunku osób niepełnoletnich pozostających pod moją opieką, za pomocą kamer systemu monitoringu wizyjnego. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną ws. przedmiotowego monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie i na warunkach w niej przewidzianych.

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZĘBÓW
MLECZNYCH U DZIECKA**

Data wydruku: 07-01-2019

Estetique s.c., REGON: 021532137
Estetique s.c.



Wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu Pacjenta.

Dokładamy wszelkich starań, aby zaplanowane wizyty odbywały się zgodnie z wyznaczoną godziną, lecz nie zawsze jesteśmy w stanie poprawnie przewidzieć długość zabiegu, dlatego prosimy o wyrozumiałość w przypadku opóźnień nie dłuższych niż 15 minut. W każdej sytuacji, w której ewentualne opóźnienie będzie nam wiadome postaramy się Pana/-ią uprzedzić telefonicznie. Naszym zwyczajem jest telefoniczne przypominanie o zaplanowanej wizycie w dniu poprzedzającym - prosimy o aktualizowanie danych kontaktowych, co ułatwi nam komunikację. Odwołanie terminu wizyty może także nastąpić z przyczyn od nas niezależnych - brak prądu, niedyspozycja lekarza i inne przypadki losowe, za które nie ponosimy odpowiedzialności, o których poinformujemy Pana/-ią telefonicznie, najszybciej jak tylko będzie to możliwe. Koszty dojazdu do gabinetu pokrywa Pacjent.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem/-am wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Informacje dodatkowe:

....

.....
data, podpis i pieczętka lekarza

.....
czytelny podpis Pacjenta (Opiekuna)