

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE – WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW

1. 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 chirurgiczne - wszczepienie implantów zęba/zębów przez lek. dent.

W

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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 i fotograficznej.

2. Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG.
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu środkowego. O tym, że w przypadku niedostatecznego,

domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia.

4. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
5. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - b) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - e) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
 - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - g) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. O kosztach leczenia, które akceptuję.

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

Ponadto, zabieg wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć
lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta
(Rodzica lub opiekuna)

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

1. 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 z zakresu chirurgii stomatologicznej w tutejszej poradni.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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 i fotograficznej.

2. Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu

- c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
- d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
- e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
- f) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
- g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
- h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej

5. O kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ)

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
 Podpis i pieczęć
 lekarza dentysty

.....
 Czytelny podpis pacjenta
 (opiekuna prawnego)

Miejscowość, data

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

1. 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 endodontyczne zęba

..... przez lek. dent w

.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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.

2. Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym.
2. o tym, że ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur.
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:
 - a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;

- b) leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać jedynie zachowawczą, mało inwazyjną metodę leczenia. Jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń;
- c) podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia)
- a) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność
- b) chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba;
- c) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;
- d) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
- e) w niektórych przypadkach w czasie leczenia endodontycznego może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;
- f) leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obarczone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te
- g) mogą nie goić się prawidłowo - to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej;
- h) mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub w

przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność
usunięcia zęba;

4. o tym, że po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY) lub wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;
5. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich;
6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;
7. o kosztach leczenia, które akceptuję.

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie endodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczony ząb może wymagać ponownego leczenia, zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE

1. Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

.....

2. Planowane leczenie ortodontyczne:

.....
.....

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 planowanego wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego przez
lek.dent.....w

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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 fotografii.

3. Zostałem(am) poinformowany(a):

1. rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

4. konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza
6. kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).
7. Zobowiązuję się 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 pieczętka lekarza dentysty
Czytelny podpis pacjenta (Rodzica lub opiekuna)

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

1. Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

.....

2. 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 – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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.

3. 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.

4. o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
5. stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
6. o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
7. 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)

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG WYBIELANIA ZĘBÓW

1. Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

.....

2. Oświadczam, co następuje:

Zostałem poinformowany o następujących zasadach wykonywania zabiegu wybielania zębów:

Wybielanie zębów polega na rozjaśnieniu koloru zębów oraz usunięciu przebarwień z koron wszystkich lub wybranych zębów. Ostateczny efekt wybielania jest trudny do przewidzenia, zależy od wielu czynników, a w szczególności od składu mineralnego szkliwa pacjenta, składu i lepkości śliny pacjenta, stosowanej przez pacjenta diety, przyjmowanych przez pacjenta leków, stosowanych przez pacjenta używek oraz nawyków higienicznych pacjenta.

3. Wskazania do wybielania zębów:

1. Rozjaśnienie zębów ze względów estetycznych,
2. Usuwanie przebarwień obecnych na zębach od momentu wyrznięcia, a także pojawiających się z wiekiem. W różnym stopniu osiąga się sukces w przypadku przebarwień spowodowanych stosowaniem antybiotyków z grupy tetracyklin i brązowych przebarwień wywołanych fluorozą,
3. Wybielanie martwych, ciemnych i przebarwionych zębów,
4. Usuwanie przebarwień spowodowanych czynnikami wrodzonymi, układowymi, metabolicznymi, farmakologicznymi, urazami, fluorozą, leczenie antybiotykami z grupy tetracyklin, choroba hemolityczna noworodków, żółtaczka, porfiria.

4. Przeciwwskazania do wybielania zębów – najistotniejszymi przeciwwskazaniami do wybielania zębów są:

1. Wiek pacjenta poniżej 18 roku życia,
2. Uszkodzenia mechaniczne lub próchnicowe zębów,
3. Duża ilość wypełnień, koron, mostów lub licówek w zębach przednich,
4. Nadwrażliwość zębów,
5. Zła higiena jamy ustnej ze współistniejącym stanem zapalnym dziąseł,
6. Alergia lub nadwrażliwość na utleniacze, glicerynę i żywice poliakrylowe,
7. Ciąża pacjentki i karmienie piersią,
8. Palenie tytoniu,
9. Zaburzenia w stawach skroniowo-żuchwowych,
10. Przyjmowanie silnych leków (psychotropowe, przeciwpadaczkowe, cytostatyki).

5. Efekty i skutki (ryzyka) zabiegu wybielania zębów

1. Wybieleniu ulegają tylko zęby naturalne,
2. Wypełnienia, korony, licówki oraz mosty nie ulegną wybieleniu i konieczna będzie ich wymiana w celu ich dostosowania do barwy zębów naturalnych po ich wybieleniu,
3. W czasie wybielania i tuż po jego zakończeniu może wystąpić przejściowa nadwrażliwość zębów na bodźce termiczne i chemiczne,
4. Po zabiegu wybielania może pojawić się tkliwość i podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i gardła,
5. Przebarwione zęby martwe wymagają odmiennego postępowania wybielającego,
6. W czasie wybielania i dwa tygodnie po jego zakończeniu należy stosować dietę złożoną z niebarwiących składników żywnościowych, a w szczególności unikać spożywania kawy,

herbaty, czerwonego wina, barszczu, sosu sojowego, soków i napojów o ciemnych barwach,

7. Należy bezwzględnie zrezygnować z palenia tytoniu,
8. Należy stosować zabiegi i preparaty higieniczne zalecone przez lekarza,
9. Aby utrzymać jak najdłużej efekt wybielenia zębów należy wykonywać stomatologiczne badanie kontrolne nie później niż co 6 miesięcy, regularnie usuwać złogi nazębne, dbać o higienę jamy ustnej według zaleceń lekarza, zminimalizować spożycie płynów i pokarmów zawierających barwniki.

Utrzymanie efektu wybielenia zależy od diety i nawyków pacjenta.

6. Oświadczenie o zgodzie na zabieg

Powyższe zasady przeczytałem i zrozumiałem, uzyskałem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące postępowania w moim przypadku, w tym o technice zabiegu i o przebiegu proponowanego leczenia. Miałem możliwość uzyskania od lekarza lub higienistki stomatologicznej dodatkowych wyjaśnień dotyczących zabiegu wybielenia zębów.

Zostałem poinformowany o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem zabiegu wybielenia włącznie. Zostałem poinformowany o ryzykach towarzyszącym innym metodom i konsekwencjach wynikających z zaniechania zabiegu.

Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty wybielenia nie są zagwarantowane. Wybielenie jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów zarówno natury zdrowotnej, jak i estetycznej. Wybielenie nie zabezpiecza przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach ząb może wymagać ponownego wybielenia lub leczenia zachowawczo-protetycznego.

Zostałem również poinformowany, że do czasu rozpoczęcia i w jego trakcie mogę odwołać zgodę na wybielenie, przy czym w zależności od chwili odwołania zgody różne mogą być dla mnie skutki przerwania zabiegu, zarówno o charakterze zdrowotnym, jak i estetycznym.

Zobowiązuję się do przestrzegania wszystkich ww. zaleceń lekarskich, ze szczególnym uwzględnieniem higieny jamy ustnej, oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego obecnego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego niezwłocznie.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i w czasie wizyt kontrolnych oraz jej przechowywanie w mojej dokumentacji medycznej.

W związku z powyższym, oświadczam, że 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 zabiegu wybielania zębów metodą

.....

Data

(Podpis Pacjenta)

Osoba udzielająca informacji i przyjmująca oświadczenie o zgodzie:

Podpis i pieczętka lekarza dentysty
lub higienistki stomatologicznej