Wyrażenie zgody

Zgoda na leczenie protetyczne (protezy całkowite i częściowe)

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko pacjenta: ----------

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adres: ----------

Telefon kontaktowy: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Niniejszym wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przeprowadzenie leczenia protetycznego, polegającego na wykonaniu i zaopatrzeniu mnie w protezy zębowe całkowite i/lub częściowe w wybranym przez mnie gabinecie stomatologicznym.

1. Charakter leczenia:

- Zostałem/am poinformowany/a, że leczenie protetyczne obejmuje wykonanie protez całkowitych i/lub częściowych w celu uzupełnienia braków zębowych.
- Rozumiem, że proces leczenia wymaga kilku wizyt, w tym pobrania wycisków, ustalenia wysokości zwarcia, przymiarek woskowych oraz wizyty oddania gotowej protezy.

2. Koszty leczenia:

- Zostałem/am poinformowany/a o całkowitym koszcie leczenia przed jego rozpoczęciem.
- Akceptuję ustalony koszt wykonania protezy/protez oraz fakt, że ewentualne dodatkowe procedury (np. podścielenie, naprawy) mogą wiązać się z dodatkowymi kosztami, o których zostanę poinformowany/a z wyprzedzeniem.

3. Estetyka i dopasowanie:

- Miałem/am możliwość wyboru i zaakceptowania koloru oraz ustawienia zębów w protezie.
- Zdaję sobie sprawę, że proteza wykonywana jest według mojego zatwierdzenia estetycznego na etapie przymiarki.
- Jestem świadomy/a, że po oddaniu protezy mogą wystąpić okresy adaptacyjne oraz konieczność wykonania wizyt kontrolnych i korekt (np. podścielenia, dostosowania brzegu).

4. Ograniczenia leczenia:

- Zostałem/am poinformowany/a, że proteza nie zapewnia takiego samego komfortu, jak naturalne zęby. Może powodować dyskomfort, nadmierne ślinienie się, trudności w mówieniu i gryzieniu w początkowym okresie użytkowania.
- Zdaję sobie sprawę, że adaptacja do protezy może zająć kilka tygodni, a sukces leczenia zależny jest także od mojego zaangażowania i regularnego korzystania z protezy.
- Znam konieczność dbania o higienę jamy ustnej i protezy.

5. Wizyta kontrolna po oddaniu:

- Zobowiązuję się do zgłoszenia się na wizytę kontrolną po oddaniu protezy w celu przeprowadzenia ewentualnych korekt lub adaptacji.
- Zdaję sobie sprawę, że noszenie źle dopasowanej protezy bez dokonania niezbędnych korekt może prowadzić do otarć, bólu i powikłań zdrowotnych.

6. Alternatywne metody leczenia:

- Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych rozwiązaniach protetycznych dostępnych w moim przypadku, takich jak: mosty, implanty czy inne systemy uzupełnień.
- Rozumiem związane z nimi zalety, wady oraz koszty i decyduję się świadomie na leczenie protezami całkowitymi i/lub częściowymi.

7. Ryzyka i powikłania:

- Mam świadomość, że pomimo staranności lekarza mogą wystąpić trudności adaptacyjne, alergie na materiały, odczucie ciała obcego, bóle głowy lub stawów skroniowo-żuchwowych.
- Rozumiem, że efekt końcowy może nie spełniać w 100% moich oczekiwań estetycznych lub funkcjonalnych.

8. Prawa pacjenta:

- Oświadczam, że miałem/am możliwość zadania pytań dotyczących planowanego leczenia i uzyskałem/am na nie wyczerpujące odpowiedzi.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości rezygnacji z leczenia na każdym jego etapie.

Mam świadomość, że w przypadku rezygnacji będę zobowiązany/a do pokrycia kosztów wykonanych do tej pory prac medycznych i technicznych, takich jak pobranie wycisków, wykonanie modeli, przymiarek oraz innych etapów realizacji protezy.

Data: ----------

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Oświadczam, że:

✓ Przeczytałem/am powyższy dokument.

✓ Wszystkie przedstawione informacje są dla mnie zrozumiałe.

✓ Zgadzam się na leczenie zgodnie z powyższym opisem.

Podpis pacjenta: ----------

Podpis lekarza prowadzącego: ----------

Pieczątka gabinetu: