

**KLINIKA IMPLANTOLOGII  
STOMATOLOGICZNEJ  
SERGIJ ISARYK  
85-533 Bydgoszcz, ul. Grenadierów 4  
Tel. 52 320-40-52 , kom. 602-300-570  
Regon 091190283, NIP 953-102-54-40**

Bydgoszcz, dnia .....

## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

### Pacjent :

Imię i Nazwisko .....

Adres Zamieszkania .....

PESEL.....

Tel./ e-mail.....

### Dane lekarza prowadzącego :

Imię i nazwisko .....

### Zgoda Własna Pacjenta

Zgoda wyrażona przez samego Pacjenta we własnym imieniu

.....

Czytelny podpis Pacjenta

### Zgoda Zastępcza

Zgoda udzielona w przypadku, kiedy Pacjent jest małoletni ( do 16 roku życia) lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody ( osoba ubezwłasnowolniona ) i nie może samodzielnie decydować o swoim leczeniu. W takim wypadku zgoda może być wyrażana wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy )

.....

Czytelny podpis opiekuna

### Zgoda Równoległa

Zgoda Udzielona równoległe przez Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy w przypadku, gdy Pacjent :

- ma ukończone 16 lat, lub jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny jest z rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie udzielenia mu świadczenia zdrowotnego

.....  
Czytelny podpis Pacjenta i opiekuna /kuratora

### Dane rodzica , opiekuna / kuratora w przypadku Zgody Zastępczej lub Równoległej

Imię i nazwisko .....

Adres : .....

PESEL.....

Tel./ e-mail.....

Związek z Pacjentem.....

**UWAGA :** W punkcie „, Związek z Pacjentem“ prosimy podać podstawę sprawowania opieki oraz okazać i wpisać numery i nazwę właściwych dokumentów .

1. W przypadku gdy Rodzic Pacjenta – dokumenty tożsamości Pacjenta ( dziecka ) i rodzica
2. Przypadku opiekuna / kuratora – dokumenty tożsamości Pacjenta i opiekuna /kuratora oraz wyrok ustanawiający opiekę /kuratele

**Oświadczenie rodzica /opiekuna /kuratora**

Oświadczam , że nie zostały mi odebrane ani ograniczone rodzicielskie prawa do sprawowania opieki , prawa do sprawowania kurateli w odniesieniu do ( wpisać imię i

nazwisko Pacjenta .....

.....  
Czytelny podpis rodzica /opiekuna / kuratora

**REKOMENDOWANY ZAKRES LECZENIA**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PLANOWANY, ZAAKCEPTOWANY PRZEZ PACJENTA ZAKRES ZABIEGU :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**W przypadku różnic między rekomendowanym i planowanym ( zaakceptowanym przez Pacjenta ) zakresem leczenia oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane leczenie protetyczne .**

.....  
Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciel prawny

.....  
Podpis lekarza prowadzącego – przyjmującego oświadczenie Pacjenta

### **OŚWIADCZENIE PACJENTA**

**Oświadczam , co następuje :**

1. W dniu .....została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym Pacjentem ( w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem ) na temat leczenia stomatologicznego , przygotowawczego do protetyki i leczenia protetycznego .Omówione zostały przy tym różne sposoby i metodyki leczenia protetycznego, które mogą być zastosowane w danym przypadku.
2. Za pomocą materiałów informacyjnych , zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia .
3. **Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się leczeniu protetycznemu .**
4. Objąsnilo mi przypadki w których komplikacje mogły by doprowadzić do utraty zębów filarowych, złamań , lub pęknięć konstrukcji protetycznych. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz – stomatolog nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym cech osobistych Pacjenta, stanu zdrowia, przebytych chorób oraz higieny jamy ustnej i postępowania pacjenta po leczeniu protetycznym . Wyjaśnilo mi, że zaproponowane leczenie protetyczne jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania konstrukcji protetycznych . Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności funkcjonowania danych konstrukcji protetycznych. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do defektów konstrukcji protetycznych i ich utraty.
5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o :
  - a. Moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
  - b. Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych , leczniczych,
  - c. Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania ,
  - d. Wynikach leczenia oraz rokowań,
  - e. Wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi

- f. Skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia .
6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi ( Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuje się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji na piśmie .
  7. Zostałem poinformowany o konieczności regularnych wizyt kontrolnych co pół roku, oraz wykonaniu kontrolnych zdjęć rentgenowskich co najmniej raz na rok w celu weryfikacji możliwych komplikacji.
  8. **Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia leczenia protetycznego zobowiązuje się, że nie będzie występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów leczenia z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do prowadzącego lekarza –stomatologa i do placówki gdzie było przeprowadzone leczenie . W/ w nie zamyka prawa Pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej ( nie rozszerzonej ) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub placówki.**
  9. Zdając sobie sprawę , że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia protetycznego zapewniam , że w mojej historii choroby ujawni( a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.
  10. Wiem że ostateczny wynik leczenia protetycznego i jego trwałość w dużym stopniu jest uzależniony od postępowania Pacjenta w okresie po leczeniu i później :
    - a. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.
    - b. Pilnowanie terminów wizyt kontrolnych raz na pół roku- jest to niezbędne.
    - c. Pamiętać o tym, że konstrukcje protetyczne ( mosty , korony ) w okresie adaptacyjnym z reguły są założone na cement tymczasowy i po okresie 2-3 miesięcy muszą być założone na cement stały.
  11. Wyrażam zgodę na leczenie zachowawcze ( przygotowawcze do protetyki ) niżej wymienionych zębów :

.....

.....

.....

.....

12. Jestem świadom( a) tego , że takie leczenie jest warunkowe z uwagi na to , że w/w zęby były już leczone wcześniej przez innego lekarza , lub miazga albo tkanki około wierzchołkowe znajdują się w stanie zaawansowanego , czasami nieodwracalnego stanu zapalnego , co zostało stwierdzone i omówione w rozmowie przed rozpoczęciem leczenia.

**13. Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia leczenia zachowawczego ( przygotowawczego ) zobowiązuje się, że nie będzie występować z roszczeniem o**

**odszkodowanie ani zwrot kosztów leczenia z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do prowadzącego lekarza –stomatologa i do placówki gdzie było przeprowadzone leczenie . W/ w nie zamyka prawa Pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej ( nie rozszerzonej ) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub placówki.**

13.Jestem świadom(a) tego, że w trakcie leczenia protetycznego ( założenia konstrukcji tymczasowych , lub stałych konstrukcji protetycznych na cement tymczasowy ) w krótkim czasie mogą pojawić się dolegliwości związane ze zmianą wymowy – seplenienie , ból i krwawienie z dziąseł , odleżyny na śluzówce. Oświadczam ,że jestem poinformowany ( a ) ,że to dolegliwości tymczasowe w trakcie adaptacji konstrukcji protetycznych i aparatu wymowy.

14.Wyrażam zgodę na możliwe zmiany w trakcie leczenia zachowawczego ( przygotowawczego ) i ewentualną zmianę koncepcji w trakcie leczenia protetycznego ( poszerzenia lub zmniejszenia zakresu leczenia ) , oraz wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji leczenia protetycznego oraz zobowiązuje się do pokrycia wszystkich kosztów związanych z tymi zmianami zgodnie z cennikiem kliniki .

15. Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi ( Pacjentowi ) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeb dydaktycznych pod warunkiem , że przebywają tam za zgodą kierownika kliniki .

16. Oświadczam , że otrzymałem( a) dostęp do informacji o prawach Pacjenta – na tablicy informacyjnej.

17. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim stanie zdrowia w pomieszczeniach tej kliniki oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego tego zakładu medycznego

18.Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni , która jest miejscem ogólnie dostępnym . Przyjąłem do wiadomości i akceptuje , że lekarze oraz personel kliniki są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni . W związku z powyższym :

a. Zobowiązuję się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek , toreb , torebek , biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych (wartościowych) przedmiotów.

b. W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania mi ( Pacjentowi ) świadczeń zdrowotnych , zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personel i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.

c. Zrzekam się roszczeń do Kliniki Implantologii dr Sergija Isaryka w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzestrzegania przeze mnie ww. zapisów.

19. Zgadzam się na wpłatę 50% wartości mojego leczenia w kwocie :

.....  
( słownie ).....

20. Oświadczam , że jestem świadom iż w przypadku przerwania leczenia z różnych powodów i nie możliwością dalszego leczenia stomatologicznego w danej klinice jestem zobowiązany powiadomić lekarza prowadzącego o tym fakcie w formie pisemnej oraz zgadzam się o przeliczenie kosztów mojego leczenia i usług stomatologicznych, które były już wykonane i pomniejszenie o tą kwoty mojej zaliczki .

**Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie ze stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag .**

**Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia protetycznego w ww. planowanym zakresie .**

.....  
Czytelni podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

21. Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgodzie Pacjenta ” oraz danych o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej ( zgodnie z ustawa z dnia 29.08.1997.r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr.133 poz. 883 z późniejszymi zmianami ) , do celów wykonania zabiegów medycznych , planowania , obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń , z których korzystam lub będę korzystał w ww. klinice . Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji . Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania .

.....  
Czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....  
Podpis lekarza prowadzącego i przyjmującego oświadczenie Pacjenta

**Wyrażenie zgody na wykonanie zdjęć lub innej dokumentacji medycznej do celów publikacji naukowych**

Wyrażam zgodę na : Wykorzystanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych , RTG , opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia , prezentacji wykładów , publikacji naukowych pod warunkiem ,że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta.

.....  
Wpisać datę + „ wyrażam zgodę ”+ czytelny podpis Pacjenta

Strona 6

