

POLAK
STOMATOLOGIA

STOMATOLOGIA POLAK - CENTRUM STOMATOLOGII RODZINNEJ

PORADNIK PIERWSZEJ WIZYTY

Szanowni Pacjenci!

Witamy w centrum stomatologicznym „Stomatologia Polak”.
Z myślą o Państwu zebraliśmy w jednym miejscu najważniejsze informacje o naszym gabinecie oraz wzory dokumentów do wypełnienia.

Gorąco zachęcamy do odwiedzenia naszej strony internetowej www.stomatologiapolak.pl gdzie znajdziecie Państwo informacje dotyczące pełnej oferty naszego gabinetu oraz wiele ciekawych poradników.

Jeśli mają Państwo jakieś pytania prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem: **512 999 134** lub mailowo: kontakt@stomatologiapolak.pl





Stomatologia Polak to najnowocześniejszy gabinet w regionie, który stawia sobie za cel otaczać profesjonalną i komfortową opieką całą rodzinę. Szczególną troską otaczamy naszych najmłodszych pacjentów, dbając, aby wizyty przebiegały w miłej, bezstresowej atmosferze.

W ramach naszych usług oferujemy kompleksowe leczenie w zakresie wszystkich dziedzin stomatologii a szczególnie implantologii, protetyki, chirurgii, stomatologii estetycznej i endodoncji. Dzięki współpracy z najlepszymi laboratoriami protetycznymi jesteśmy w stanie wykonywać wszelkie uzupełnienia protetyczne w krótkim czasie.

Nowoczesne leczenie nie jest możliwe bez wsparcia specjalistycznego sprzętu, dlatego nasz gabinet wyposażyliśmy w cyfrowe aparaty rentgenowskie oraz mikroskop stomatologiczny. Jednak to co najbardziej nas wyróżnia to zespół specjalistów, którzy bezustannie podnoszą swoje umiejętności na licznych szkoleniach i sympozjach, co daje pewność leczenia na najwyższym poziomie.

4 NA CO MOŻESZ LICZYĆ LECZĄC SIĘ W STOMATOLOGII POLAK?



BEZPŁATNE KONSULTACJE

Boli Cię ząb? Chciałbyś coś zmienić w swoim uśmiechu?
A może chcesz tylko sprawdzić stan swojego uzębienia?

Niezależnie z jakim problemem się do nas zgłosisz, możesz liczyć na darmową konsultację ze specjalistą, który wykona niezbędne badanie, przedstawi możliwe sposoby leczenia oraz odpowie na wszelkie twoje pytania.



PRZYJAZNA ATMOSFERA

Wiemy z jakim stresem niejednen Pacjent kojarzy wizytę u dentysty. Czas to zmienić!
Dokładamy wszelkich starań aby wizyta u Nas przebiegała w miłej i profesjonalnej atmosferze, a samo leczenie było całkowicie bezbolesne.



JASNA POLITYKA CENOWA

Lekarz wraz z Pacjentem ustala harmonogram leczenia, zawierający jasno określone kwoty, dzięki temu masz pewność, że nie zostaniesz zaskoczony ceną przeprowadzonego zabiegu.
Dodatkowym udogodnieniem dla naszych Pacjentów jest możliwość kredytowania leczenia.

5 NA CO MOŻESZ LICZYĆ LECZĄC SIĘ W STOMATOLOGII POLAK?



NOWOCZESNE TECHNOLOGIE

Bogata wiedza lekarza nie wystarczy do tego, aby zagwarantować najlepsze leczenie. Wsparcie nowoczesnej technologii jest niezbędne do właściwej diagnostyki i precyzyjnego wykonania leczenia. Dlatego stale się rozwijamy i unowocześniamy nasz sprzęt. Jako pierwsi wprowadziliśmy w naszym regionie cyfrowy aparat do zdjęć pantomograficznych, a także leczenie pod mikroskopem.



GWARANCJA JAKOŚCI

Jesteśmy świadomi naszych umiejętności, doświadczenia i jakości stosowanych przez nas materiałów, dlatego bez obaw dajemy naszym Pacjentom gwarancję na wszystkie wykonywane przez nas usługi.



PROFESJONALNY ZESPÓŁ

Nieustannie podnosimy nasze kwalifikacje, czego dowodem są liczne certyfikaty. Wiedza i umiejętności nabyte na szkoleniach to pewność, że Państwa zdrowie znajduje się w odpowiednich rękach.



6 KONTAKT

ADRES GABINETU

43-140 Łędziny
ul. Pokoju 92

KONTAKT

tel.: 512 999 134
e-mail: kontakt@stomatologiapolak.pl
www: www.stomatologiapolak.pl

POŁĄCZENIE AUTOBUSOWE

Dojazd do gabinetu jest możliwy liniami autobusowymi o numerach:

253 - Łędziny Hołdunów, Smardzowice

262, 536 - Tychy

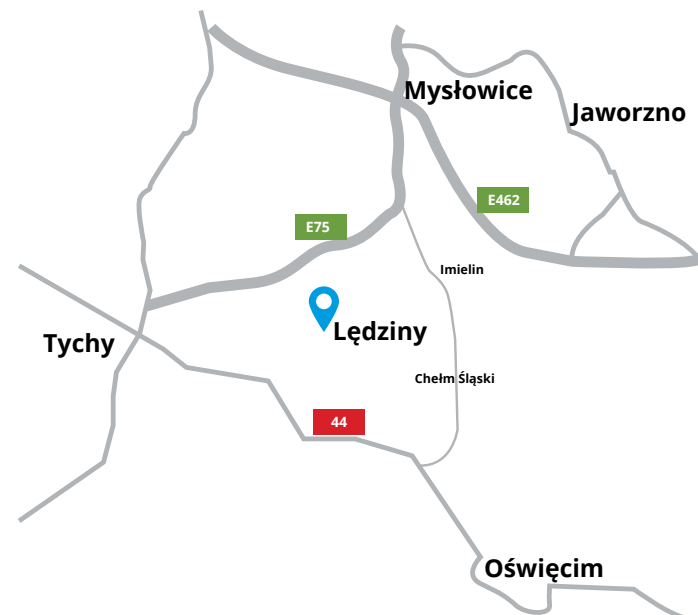
166 - Chełm Śląski, Goławiec

931, 995 - Mysłowice

NEWSLETTER

Bądź zawsze na bieżąco - zapisz się do naszego newslettera i otrzymuj powiadomienia o promocjach i nowych metodach leczenia oraz darmowe porady dotyczące dbania o zdrowie Twoich zębów.

Newsletter jest dostępny na naszej stronie internetowej: www.stomatologiapolak.pl



7 DOKUMENTY DO WYPEŁNIENIA



Poniżej przedstawiamy wzory formularzy, o których wypełnienie będziecie Państwo proszeni przed rozpoczęciem leczenia. Czasami zdarza się, że nie pamiętamy dokładnie jakie leki przyjmujemy lub jakie choroby przeżyliśmy, dlatego zachęcamy do wydrukowania tych formularzy i wypełnienia ich bez pośpiechu w domu.

KARTA PACJENTA

Dane personalne

Imiona Nazwisko Data urodzenia Pesel

Dane adresowe

Ulica Nr domu Miasto Kod pocztowy

Dane kontaktowe

E-mail Telefon komórkowy Telefon stacjonarny

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych dla celów Praktyki Stomatologicznej Stomatologia Polak zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 1997 r. Nr 133 poz. 883).

Gwarancja

- Oświadczam, że zostałem/zostałam szczegółowo zapoznany/zapoznana z warunkami gwarancji udzielanej na leczenie w Stomatologii Polak.

Informacja dla pacjenta

- Uprzejmie informujemy, że każda zaplanowana wizyta musi zostać potwierdzona najpóźniej na dzień przed planowanym terminem. W tym celu rejestracja naszego gabinetu kontaktuje się telefonicznie z Państwem. W przypadku braku odpowiedzi na nasz kontakt, gabinet zastrzega sobie prawo do odwołania wizyty.

Miejscowość i data

Czytelny podpis pacjenta

WYWIAD LEKARSKI OSOBY DOROSŁEJ

1. Imię
2. Nazwisko
3. Data urodzenia
4. Kiedy był Pan/Pani ostatni raz u dentysty?
5. Czy ma Pan/Pani obawy przed leczeniem stomatologicznym?
 tak nie
6. Czy posiada Pan/Pani aktualne zdjęcie pantomograficzne (nie starsze niż rok)?
 tak nie
7. Czy był Pan/Pani w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat?
 tak nie
8. Czy był Pan/Pani operowany w ciągu ostatnich 2 lat?
 tak nie
9. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek alergię (uczulenia)?
 tak - jakie? nie
10. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani podawane znieczulenie?
 tak nie

11. Czy choruje Pan/Pani na którąś z poniższych chorób:
 - astma oskrzelowa
 - nadciśnienie
 - wady serca
 - choroba wieńcowa
 - zawał mięśnia sercowego
 - niewydolność krążenia
 - arytmia serca
 - cukrzyca - typ
 - padaczka
 - choroba tarczycy
 - nadczynność niedoczynność
 - choroby zakaźne - jakie?
 - AIDS WZW typu
 - inne:
 - choroby wątroby
 - niewydolność nerek
 - jaskra
 - inne nieuwzględnione powyżej

- jakie?

12. Czy miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek zabiegi na sercu?
 tak nie
Jakie?
 - wszczepienie bypassów
 - wszczepienie stentów
 - wszczepienie rozrusznika
 - inne
13. Czy stwierdzono u Pana/Pani problemy z krzepnięciem krwi?
 tak nie
Jakie?
 - zaburzenia krzepnięcia
 - skłonność do nadmiernych siniaków, krwawień
 - przyjmuję leki przeciwkrzepliwe
 - jakie?
14. Jakie leki Pan/Pani przyjmuje na stałe?
15. Czy jest Pani w ciąży?
- który tydzień

Rozumiem, że powyższe informacje są niezbędne w celu przeprowadzenia leczenia stomatologicznego w sposób najbardziej bezpieczny. Na wszystkie pytania odpowiedziałem(am) zgodnie z posiadaną wiedzą. Zobowiązuję się też, że niezwłocznie poinformuję mojego lekarza dentystę o jakichkolwiek zmianach dotyczących stanu mojego zdrowia lub zażywanych lekach.

Data

Podpis pacjenta

Uwagi lekarza

Podpis lekarza

WYWIAD LEKARSKI DZIECKA

1. Imię dziecka

2. Nazwisko dziecka

3. Wiek

4. Ile razy Państwa dziecko było u dentysty?

nigdy jeden raz kilka razy

5. Jakie dotychczasowe doświadczenia miało Wasze dziecko w kontakcie z dentystą?

negatywne neutralne pozytywne

6. Czy w ciągu ostatnich 2 lat dziecko było w szpitalu?

tak nie

7. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Wasze dziecko przeszło zabieg chirurgiczny?

tak - jaki? nie

8. Czy u dziecka stwierdzono jakieś choroby?

tak - jakie? nie

9. Czy dziecko ma stwierdzoną alergię?

tak - jaką? nie

10. Czy dziecko przyjmuje jakieś leki?

tak nie

Jakie?

11. Czy dziecko było kiedykolwiek znieczulane?

tak nie

Data

Podpis rodzica/opiekuna



Świadomi umiejętności naszych lekarzy oraz tego, że stosujemy rozwiązania o najwyższej światowej jakości, dajemy Państwu roczną gwarancję na wszystkie zabiegi oraz prace protetyczne wykonywane w naszym gabinecie.

Specjalne warunki gwarancyjne:

W swojej ofercie mamy również wyjątkowe rozwiązania, na które udzielamy wydłużonego okresu gwarancyjnego.

Leczenie Implantologiczne objęte jest **5 letnią gwarancją**.

Porcelanowe uzupełnienia protetyczne objęte są **2 letnią gwarancją**.

Ruchome uzupełnienia protetyczne objęte są **2 letnią gwarancją**.

Gwarancja traci ważność jeśli pacjent:

- nie zgłasza się na wizyty kontrolne co 6 miesięcy. Przypominamy, że wizyty kontrolne są BEZPŁATNE.
- nie utrzymuje prawidłowej czystości jamy ustnej i jednocześnie nie poddaje się profesjonalnym zabiegom higienizacyjnym.
- samodzielnie naprawiał uszkodzenia protezy

12 GWARANCJA NA LECZENIE

Gwarancja nie obejmuje:

- prac tymczasowych jak np. korony tymczasowe czy protezy natychmiastowe,
- prac przy wykonaniu których Pacjent został poinformowany o ograniczonej gwarancji lub jej braku, a które zostały wykonane na wyraźne życzenie Pacjenta,
- uszkodzeń powstałych w wyniku nieszczęśliwych wypadków i urazów mechanicznych
- uszkodzeń powstałych w wyniku naturalnego zaniku kości i zmian w przyzębiu
- uszkodzeń mechanicznych zębów będących w trakcie leczenia.
- ponownego leczenia kanałowego zęba leczonego wcześniej poza naszym gabinetem,
- jeśli bezpośrednio po wypełnieniu ubytku zęba okazuje się, że konieczne jest przeprowadzenie leczenia kanałowego, wtedy wypełnienie wykonywane jest w ramach gwarancji, natomiast Pacjent ponosi koszty leczenia kanałowego,

Jeśli pacjent w momencie oddawania pracy protetycznej będzie posiadał inne braki zębowe gwarancja zostaje skrócona do 6 miesięcy.

Leczenie zębów mlecznych objęte jest 3 miesięczną gwarancją.

W przypadku zaistnienia wady lub dolegliwości, będącej wynikiem leczenia stomatologicznego, pacjent zobowiązany jest do zgłoszenia się do lekarza prowadzącego w terminie **do 2 tygodni od wystąpienia problemu**.

W ramach udzielanej gwarancji lekarz zobowiązuje się do ponownego wykonania danej usługi, lub wykonania rozwiązania alternatywnego, uwzględniając poniesione pierwotnie koszty.

