



Zgoda na zabieg profesjonalnej higienizacji jamy ustnej

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 wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez lekarza/higienistkę stomatologiczną _____ w Stomatologia Polak.

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/higienistkę stomatologiczną. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej dotyczącej zabiegu.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(a) z całym jego przebiegiem
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu) takich jak: nadwrażliwość zębów, krwawienie dziąseł, w skrajnych przypadkach rozchwianie zębów
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na efekt zabiegu
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności:
 - o powstrzymaniu się od jedzenia i picia przez co najmniej godzinę po zabiegu
 - o zakazie palenia tytoniu przez co najmniej 1 dzień po zabiegu
 - o zaleceniu unikania pokarmów i napojów barwiących przez co najmniej dwa dni po zabiegu
 - o konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - o wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w terminach zaznaczonych przez lekarza/higienistkę stomatologiczną
 - o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. kosztach zabiegu, 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.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg profesjonalnej higienizacji oraz wykonanie dokumentacji fotograficznej.

Data, Podpis i pieczęć lekarza/higienistki stomatologicznej

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna