

Żychlin, dnia

Zgoda pacjenta na zabieg z zakresu protetyki stomatologicznej, w tym na szlifowanie zębów

Pacjent:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu/email:

Gabinet:

.....

Dane lekarza prowadzącego:

Planowany, zaakceptowany przez pacjenta zakres zabiegu:

Przewidywany rodzaj uzupełnień protetycznych (ilość uzupełnień):

.....

Przewidywane miejsce uzupełnień protetycznych:

.....

Dodatkowe ustalenia:.....

.....

.....

W związku z planowanym zabiegiem z zakresu protetyki stomatologicznej Pacjent oświadcza, że został poinformowany przez lekarza prowadzącego o konieczności wykonania szlifowania zębów objętych wskazanym powyżej zabiegiem oraz o możliwych komplikacjach wynikających z powyższego i w związku z tym Pacjent wyraża zgodę na oszlifowanie zębów w celu wykonania zabiegu.

.....

.....

podpis lekarza przyjmującego oświadczenie

czytelny podpis Pacjenta

Żychlin, dnia

Oświadczenie Pacjenta

1/ W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy mną a przedstawicielem NZOZ DENTA MEDICA na temat planowanego zabiegu z zakresu protetyki stomatologicznej.

2/ Za pomocą materiałów informacyjnych i fotografii wcześniej leczonych przypadków został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

3/ Uwzględniając korzyści oraz ewentualne komplikacje wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w planowanym zakresie.

4/ Oświadczam, że w sposób przystępny i zrozumiały zostałem poinformowany o: moim stanie zdrowia i rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania oraz wszelkich okolicznościach związanych z planowanym zabiegiem.

5/ Zostałem poinformowany o ewentualnej konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu.

6/ Pacjent ma prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej odpowiedzialności cywilnej lekarza lub gabinetu. W przypadku ewentualnych komplikacji, nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty uzupełnienia protetycznego, Pacjent zobowiązuje się nie występować z roszczeniem o odszkodowanie i zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do gabinetu, w którym przeprowadzono zabieg.

7/ Zdaję sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty planowanego zabiegu i zapewniam, że ujawniłem wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane środki farmakologiczne.

8/ Zadaję sobie sprawę, że ostateczny efekt zabiegu i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania Pacjenta w okresie pozabiegowym oraz późniejszym, a w szczególności od rygorystycznego przestrzegania wszystkich zaleceń lekarza, a w szczególności zaleceń dotyczących utrzymywania właściwej higieny jamy ustnej.

9/ Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu może zająć konieczność poszerzenia lub zmniejszenia jego zakresu. Wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu i zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z zawartą umową i przedstawionym cennikiem.

10/ Zostałem poinformowany, że w zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjenta, po czynności szlifowania zębów mogą pojawić się niedogodności, np. ogólny dyskomfort, nadwrażliwość oszlifowanych zębów bądź dolegliwości bólowe. Wskazane niedogodności mogą wystąpić również przez pewien okres (w zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjenta) po zakończeniu zabiegu i zastosowaniu uzupełnień protetycznych. Pomimo to, świadomie wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

11/ Zostałem poinformowany, że po zakończonym zabiegu, w zależności od indywidualnych uwarunkowań Pacjenta, może pojawić się konieczność wykonania leczenia kanałowego zęba(ów) poddanych uprzednio zabiegowi. Przyjmuję do wiadomości, iż takie leczenie powinno być wykonane przez lekarza dentystę z zakresu endodoncji, ze wskazaniem na wykonanie leczenia z użyciem mikroskopu endodontycznego. Koszt

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DENTA MEDICA, ul. Dobrzeleńska nr 6, 99-320 Żychlin, NIP 727-271-04-75, REGON 100503206

wskazanego leczenia pozostaje poza kosztem zabiegu z zakresu protetyki stomatologicznej i obciąża on Pacjenta. Pomimo to, świadomie wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu.

12/ Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) NZOZ DENTA MEDICA.

13/ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dotyczącej mnie dokumentacji medycznej w pomieszczeniach NZOZ DENTA MEDICA oraz wgląd w tę dokumentację przez lekarzy i personel tej placówki medycznej.

14/ Potwierdzam, że wyżej wymienione oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie ze stanem faktycznym, nie wnosząc zastrzeżeń ani uwag.

15/ Zobowiązuje się stosować do wszelkich informacji i zaleceń przekazanych w czasie zabiegu jak i po jego zakończeniu przez lekarza prowadzącego albo personel NZOZ DENTA MEDICA.

16/ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w czasie i w sposób opisany w pkt. 19. „Regulaminie udzielania świadczeń stomatologicznych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DENTA MEDICA prowadzony przez DENTA MEDICA Michał Rotsztejn z siedzibą w Łodzi”.

.....
podpis lekarza przyjmującego oświadczenie

.....
czytelny podpis Pacjenta

UMOWA
na wykonanie usługi stomatologicznej z zakresu protetyki

zawarta w dniu r. w Żychlinie pomiędzy:

1/ Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej DENTA MEDICA, ul. Dobrzeleńska 6, 99-320 Żychlin, NIP 727-271-04-75, reprezentowanym przez lekarza dentystę Michała Rotsztejn, zwanym dalej **Gabinetem**

a

2/, (adres zamieszkania),
tel., PESEL,
zwanym dalej **Pacjentem**

§ 1

Pacjent zleca a Gabinet przyjmuje do wykonania zabieg z zakresu protetyki stomatologicznej, polegający na,
opisany co do zakresu w dokumencie zawierającym zgodę pacjenta na zabieg z zakresu protetyki stomatologicznej z dnia

§ 2

Wynagrodzenie Gabinetu wynosi kwotę złotych, płatne gotówką/przelewem w terminie 14 dni od dnia podpisania niniejszej umowy.

§ 3

Pacjent zobowiązuje się do pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z cennikiem lub innymi ustaleniami stron oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych poniżej.

§ 4

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu, Pacjent zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów zgodnie z ustaleniami stron.

§ 5

Pacjent zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów w terminie 14 dni od dnia wykonania zabiegu.

§ 6

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty, bez dodatkowego wezwania, ustawowych odsetek za opóźnienie w płatności.

§ 7

Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

§ 8

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania. Umowa może ulec rozwiązaniu na mocy porozumienia stron.

§ 9

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

Załączniki do umowy:

- 1) „Zgoda pacjenta na zabieg z zakresu protetyki stomatologicznej”;
- 2) „Oświadczenie Pacjenta”.

.....
Gabinet

.....
Pacjent
czytelny podpis