

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PROFESJONALNEJ HIGIENIZACJI JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta	
Numer PESEL pacjenta	
Opis planowanego zabiegu	

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 135 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 leczenie w zakresie higieny i profilaktyki stomatologicznej w tutejszej poradni. 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.**

Zostałem/-am poinformowany/-a o:

1. technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym jego przebiegiem.
2. ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: nadwrażliwość zębów, krwawienie dziąseł.
3. niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na efekt zabiegu.
4. wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) powstrzymaniu się od jedzenia i picia przez co najmniej godzinę po zabiegu,
 - b) zakazie palenia tytoniu przez co najmniej 1 dzień po zabiegu,
 - c) zalecaniu unikania pokarmów i napojów barwiących przez co najmniej 2 dni,
 - d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem,
 - e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych terminach przez lekarza/higienistkę,
 - f) 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 włącznie. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie oraz dokumentację fotograficzną.

Data (Podpis Pacjenta)

Podpis i pieczętka lekarza dentysty/higienistki

Osoba udzielająca informacji
i przyjmująca oświadczenie o zgodzie