



UMOWA / ZGODA NA LECZENIE IMPLANTOPROTETYCZNE

1. Zostałem(łam) poinformowany(a) o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych/implantoprotetycznych. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
2. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, wspólnie z lekarzem prowadzącym zdecydowałem(am) się na leczenie przedstawione w załączonym planie i wg przedstawionego kosztorysu.
3. Każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru, kształt zębów, forma uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie potwierdzona jako zgodna z moimi oczekiwaniami, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po tym fakcie chciałbym coś zmienić w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
4. Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych niezbędnych do administrowania kartoteką pacjenta. Ujawniłem(łam) ponadto, wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi i nie będą dalej nikomu przekazywane.
5. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG oraz dokumentacji fotograficznej wewnątrzustnej i zewnątrzustnej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.
6. Przyjmuję do wiadomości zapewnienie, iż zaproponowany mi przebieg leczenia jest zgodny ze standardami postępowania medycznego.
7. Zostałem poinformowany o tym, że zabieg chirurgiczny jest związany z dolegliwościami pozabiegowymi, które są związane z naturą zabiegu, o czym zostałem poinformowany na wizycie kwalifikacyjnej.
8. Wyjaśniono mi standardowe elementy ryzyka towarzyszącego zabiegom implantacyjnym, chirurgicznym, towarzyszącym im zabiegom znieczulenia miejscowego oraz podawania leków.
9. Przyjmuje do wiadomości, że na każdym etapie leczenia mogą wystąpić dolegliwości dotyczące: gojenia rany zabiegowej, dolegliwości bólowe (przemijające), uczucie zdrętwienia okolicy operowanej (przemijające w różnym czasie od kilku tygodni do kilku miesięcy), zaburzenia procesu integracji wszczepu doprowadzające do jego odrzucenia. Każdy przypadek komplikacji, powikłania jest rozpatrywany indywidualnie i leczony adekwatnie do zaistniałej sytuacji, co zostanie odnotowane w załączniku dotyczącym mojego leczenia.
10. W przypadkach wystąpienia powikłań pozabiegowych oraz wszelkich problemów dotyczących przeprowadzenia leczenia, po czasie jego zakończenia zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym lekarza prowadzącego.
11. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane, ponieważ efekt leczenia jest wypadkową poprawnie przeprowadzonych procedur leczniczych z jednej strony, z drugiej, nie możliwym do oceny, nieprzewidywalnym potencjałem procesów gojenia i regeneracji, indywidualnym dla każdego pacjenta. Z uwagi na powyższe, rozumiem, że w medycynie nie można zagwarantować uzyskania



jednoznacznych rezultatów leczenia zarówno w fazie chirurgicznej, jak i odbudowy protetycznej, z zakresie funkcji i estetyki.

12. Przyjmuję do wiadomości, że proponowane leczenie daje najlepsze rokowanie dla długoterminowego, pozytywnego efektu leczenia w moim przypadku, uwzględniając wszelkie, indywidualne aspekty dotyczące obecnego stanu miejscowego, w zakresie układu stomatognatycznego, a także ogólnego stanu zdrowia.
13. W przypadkach, gdy trudno jest ustalić rokowanie co do zębów własnych, wymagających leczenia zachowawczego, periodontologicznego, endodontycznego, protetycznego, decyzja o ich pozostawieniu lub usunięciu będzie podejmowana indywidualnie. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu. W przypadkach wątpliwych, gdy nie zgodzę się na usunięcie nierokujących pod względem utrzymania efektu leczenia zębów przyjmuję do wiadomości, że jeżeli zaistnieje potrzeba usunięcia tych zębów w przyszłości i w związku z tym zmiany konstrukcji protetycznych, opartych o wspomniane, nierokujące, zęby filarowe, ponoszę wszelkie koszty związane z wykonaniem nowej pracy protetycznej w nowych warunkach podłoża protetycznego
14. Zęby kwalifikowane pod prace protetyczne stałe i ruchome często z uwagi na zniszczenie zrębu koronowego i stan korzeni wymagają leczenia przygotowawczego w postaci m.in. leczenia endodontycznego oraz zaopatrzenia wkładami koronowo-korzeniowymi. Zostałem poinformowany, że pomimo prawidłowego przeprowadzenia leczenia, z uwagi na stan wyjściowy zęba, w przeciągu czasu może dojść do np. pęknięcia korzenia, powstania stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych lub resorpcji korzeni. W związku z tym przyjmuję do wiadomości, że leczenie następstw wyżej wymienionych sytuacji wiąże się z następowym, adekwatnym do zaistniałej sytuacji, leczeniem i związanymi z tym kosztami
15. Biorąc pod uwagę powyższe, rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli śródoperacyjnie, lub w toku leczenia stomatologicznego, w tym wykonywania uzupełnień protetycznych, wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
16. Przyjmuję do wiadomości, że każda, indywidualna, sytuacja dotycząca planu mojego leczenia, a budząca wątpliwości będzie opisana w osobnym załączniku zgody na leczenie z uwzględnieniem kosztorysu.
17. Rozumiem, że leczenie protetyczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Fundusz Zdrowia. Koszt leczenia w całości pokrywa pacjent.
18. Przyjmuję do wiadomości, że leczenie zmierzające do odbudowy protetycznej jest leczeniem wieloetapowym. W przypadku regeneracji (o ile lekarz nie zaleci inaczej) czekamy 6-8 miesięcy do implantacji, po implantacji należy odczekać 3 miesiące do odsłony implantu i założenia śruby zablizniającej. Natomiast po odsłonie do prac protetycznych przystępujemy dopiero po ok. 2-3 tygodniach. Prace protetyczne obejmują 4-5 wizyt (bywa że więcej, gdy praca dotyczy strefy estetycznej) w odstępach kilkudniowych lub tygodniowych zależnie od rodzaju materiału, z którego wykonywana jest praca protetyczna.
19. W przypadku zabiegów chirurgicznych, implantologicznych oraz leczenia zachowawczego i endodontycznego płatność uiszczana jest zaraz po wizycie. W przypadku wizyt mających na celu odbudowę protetyczną na implantach lub zębach własnych przed podjęciem leczenia pacjent wpłaca 60% umówionej kwoty tytułem zadatku.
20. Ostateczne rozliczenie pracy (zapłata całości honorarium) następuje w dniu oddania pracy, PRZED jej zamontowaniem w jamie ustnej. Możliwa jest zapłata honorarium w trzech ratach (miesięcznych) na podstawie osobnej umowy z lekarzem.



21. Zostałem poinformowany, że długoterminowy efekt leczenia protetycznego w oparciu o wykorzystanie śródkostnych wszczepów zębowych jest zależny od wielu czynników, wśród których higiena jamy ustnej odgrywa kluczową rolę.
22. W związku z tym przyjąłem do wiadomości, że jednym z warunków dobrego rokowania co do utrzymania długoterminowego, pozytywnego efektu leczenia jest zachowanie prawidłowej higieny jamy ustnej i **zgłaszanie się do okresowych badań co 6 miesięcy**.
23. Zostałem również poinformowany o tym, że w oparciu o stan wiedzy współczesnej, na podstawie doniesień naukowych i wieloletnich obserwacji klinicznych, statystycznie, w okresie 5- 10 lat od implantacji, w około 20 % wszczepionych implantów, mogą wystąpić zaniki kości w okolicy wszczepów, a także procesy zapalne tkanek okołowszczepowych. Proces ten jest nieprzewidywalny, zależny od wielu czynników (stanu miejscowego w jamie ustnej, ogólnego stanu zdrowia) i warunków zmieniających się w czasie po zakończonym leczeniu implantoprotetycznym. Z uwagi na powyższe przyjmuję do wiadomości, że następowe leczenie związane z opisanym w tym punkcie problemem może się wiązać z dodatkowymi zabiegami zależnymi od skali problemu (w skrajnych przypadkach usunięciem implantu/ów) włącznie ze zmianą uzupełnienia protetycznego lub/i potrzebą przeprowadzenia zabiegów odtwórczych, regeneracyjnych, dodatkowych implantacji wg nowego planu leczenia. Leczenie następstw opisanego w tym punkcie problemu jest odpłatne.

Ja, niżej podpisany, posiadając zdolność do podejmowania czynności prawnych

- działając w imieniu własnym jako Pacjent
- będąc ustawowym przedstawicielem Pacjenta
- po zapoznaniu się z warunkami i okolicznościami leczenia, przedstawionymi powyżej, wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności diagnostycznych i leczniczych zgodnie z ustalonym na tym etapie planem i kosztorysem leczenia. Jestem świadomy, że podczas prowadzonego leczenia, w związku ze zmianami warunków w jamie ustnej, jakie mogą wystąpić, a niemożliwymi do oceny w momencie wyjściowym, plan leczenia oraz jego koszt może ulec zmianie.

Kraków

Miejscowość, data zabiegu

.....
Podpis pacjenta w dniu zabiegu

.....
Podpis lekarza