Ośrodek Implantologiczno- Stomatologiczny
Ul. Miłkowskiego 3/701
Kraków, 30-349
Tel: 12 263 6523 / 600 316216

UMOWA / ZGODA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Ja, ... ur. .....
wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia zachowawczego i protetycznego u mnie (mojego syna / mojej córki.
.....ur. .....

1. Zostałem(łam) poinformowany(a) o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych. Wszystko zostało mi wyjaśnione przystępnie i wszystko zrozumiałem(łam).
2. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowaliśmy się wspólnie na leczenie przedstawione w załączonym planie leczenia i wg przedstawionego kosztorysu.
3. Rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli śródoperacyjnie wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
4. Rozumiem, że leczenie protetyczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Fundusz Zdrowia. Koszt leczenia w całości pokrywa pacjent.
5. Przed podjęciem leczenia pacjent wpłaca 60% umówionej kwoty tytułem zadatku.
6. 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.
7. 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.
8. Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych niezbędnych do administrowania kartoteką pacjenta. Ujawniłem(łam) ponad to, 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.
9. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG oraz fotografii podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.
10. Wiem, że nie sposób przewidzieć czy w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu coś może mnie boleć; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.
11. 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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.
12. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszanie się do okresowych badań co 6 miesięcy.

Miejscowość, data **Podpis pacjenta** **Podpis lekarza**

KARTA LECZENIA PROTETYCZNEGO

Pacjent……

Proponowane plany leczenia:

1.

2.

3.

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na następujący plan leczenia protetycznego

……
……
……
……
……

Data rozpoczęcia pracy:

Koszt całości pracy:

Zaliczka na poczet leczenia:

Czytelny podpis pacjenta **Podpis lekarza**

Wszelkie zmiany planu leczenia

……
……
……
……
……

PO OTRZYMANIU PRACY PROTETYCZNEJ

Akceptuję wynik leczenia protetycznego. Zostałem poinformowany o:
- gwarancji (gwarancja wynosi 1 rok od oddania pracy protetycznej iż wyjątkiem uszkodzeń mechanicznych)
- sposobie użytkowania
- higienie
- konieczności wizyt kontrolnych

Uwagi lekarza

……
……
……
……

Dopłata do całości:

Data zakończenia pracy:

Podpis pacjenta **Podpis i pieczątka lekarza**