

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG HIGIENIZACJI JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Procedura stomatologiczna skaling / piaskowanie / fluoryzacja górnego łuku zębowego / dolnego łuku zębowego

Ja niżej podpisany (a):

zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r. poz. 186) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie, wyżej opisanej, planowanej procedury leczniczej.

Oświadczam, że udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Takie również informacje podałem(am) w wypełnionej przeze mnie ankiecie stanu zdrowia pacjenta.

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego / higienistkę stomatologiczną. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem(am) poinformowany(a) o następujących zasadach wykonywania zabiegu profesjonalnej higienizacji (skaling, piaskowanie, fluoryzacja):

1. O technice zabiegu, a także szczegółowo zaznajomiony(a) z jej przebiegiem.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu) np.: nadwrażliwości zębów, krwawienia dziąseł, rozchwiania zębów (w przypadku paradontopatii): utraty nieszczelnych wypełnień, niestabilnie osadzonych prac protetycznych (korony, mosty) oraz odklejenia/przerwania Retingera.
3. O niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na efekt zabiegu.
4. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, wyszczególnionych poniżej.
5. O kosztach zabiegu, które akceptuję.

Powyższe zasady przeczytałem(am) i zrozumiałem(am), uzyskałem(am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące przeprowadzenia zabiegu higienizacji w moim przypadku. Zostałem(am) poinformowany o konsekwencjach zaniechania procedury higienizacyjnej.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg higienizacji.