

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Zgoda pacjenta na zabieg higienizacji

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 136 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 wykonanie zabiegu higienizacji przez lek. dent./ higienistkę.....

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie mojego zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem(-am) poinformowany(-a):

1. o tym, że zabiegi profilaktyczne mają na celu zapobieganie powstawania próchnicy zębów oraz utrzymania odpowiedniej kondycji dziąseł (przyzębia), co jest podstawowym elementem w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej. Do podstawowych zabiegów profilaktycznych należą: – usuwanie kamienia, piaskowanie osadów, fluoryzacja, lakowanie zębów oraz fluoryzacja;
2. o tym, że skaling, czyli usuwanie kamienia polega na usunięciu twardych złogów, potocznie nazywanych kamieniem przy użyciu ultradźwięków, a następnie polerowanie powierzchni zęba;
3. o tym, że piaskowanie osadów polega na usunięciu niezmineralizowanego osadu i przebarwień z powierzchni zęba za pomocą piaskarki stomatologicznej;
4. o tym, że w trakcie zabiegów higienizacyjnych może dojść do utraty nieuszczelnego wypełnienia;
5. o tym, że w przypadku Pacjentów z problemami z przyzębiem może zaistnieć potrzeba wykonania chirurgicznego usuwania kamienia pod dziąsłowego;
6. o tym, że po wykonanym zabiegu higienizacyjnym może wystąpić czasowa nadwrażliwość zębów i dziąseł, oraz przejściowy stan zapalny dziąseł;
7. o tym, że pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, nie dłuższych niż 6 miesięcy;
8. o kosztach leczenia, które akceptuję.

Powyższe zasady przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am), uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące zabiegu w moim przypadku. Miałem(-am) możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi. Wiem, że mogę odwołać zgodę na przeprowadzenie zabiegu.

.....
data, podpis i pieczętka lekarza

.....
czytelny podpis Pacjenta (Opiekuna)