

Zgoda pacjenta na leczenie stomatologiczne w miejscu pobytu pacjenta

Ja, niżej podpisany/-a.....

Zostałem/-am poinformowany/-a o następujących zasadach leczenia stomatologicznego w miejscu pobytu pacjenta.

- o rodzaju, istocie, technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie stomatologiczne w miejscu pobytu pacjenta,
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobem leczenia,
- o tym, że zakres pracy może się różnić od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia nastąpią nieprzewidziane okoliczności,
- o wskazaniach i przeciwwskazaniach dotyczących leczenia stomatologicznego w miejscu pobytu pacjenta,
- o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej,
- o konieczności stosowania się w pełni do zaleceń lekarza,
- o kosztach leczenia.
- o regulaminie udzielania świadczeń w miejscu pobytu pacjenta.

Ze względu na skomplikowaną anatomię zębów i tkanek wokół nich leczenie w miejscu pobytu pacjenta może okazać się niemożliwe lub nieskuteczne już w trakcie podjętego leczenia:

- w przypadku przyjmowania przez pacjenta leków powodujących rozrzedzenie krwi,
- w przypadku znajdowania się pacjenta w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu alkoholu,
- w przypadku, gdy pacjent znajduje się pod wpływem środków odurzających,
- w przypadku, gdy w miejscu pobytu pacjenta warunki sanitarne nie spełniają podstawowych zasad higieny,
- w przypadku, gdy w miejscu pobytu pacjenta panują warunki zagrażające zdrowiu i życiu,
- w przypadku, gdy w miejscu pobytu pacjenta panują warunki mogące spowodować zniszczenie bądź uszkodzenie sprzętu.

Ponadto lekarz może odmówić wykonania całości lub części zabiegu także w innych uzasadnionych przypadkach. Odmowa wykonania zabiegu może nastąpić także już po przystąpieniu przez lekarza do wykonywania zabiegu.

W przypadkach o których mowa powyżej lekarzowi należy jest zwrot kosztów dojazdu do miejsca pobytu pacjenta, jak również wynagrodzenie za wykonaną część zabiegu.

Znam również i akceptuję koszty związane z prowadzeniem leczenia stomatologicznego w miejscu pobytu pacjenta.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia stomatologicznego w miejscu pobytu pacjenta. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o towarzyszącym ryzyku i konsekwencjach wynikających z podjęcia jak również z zaniechania leczenia. Udzielono odpowiedzi na wszystkie

moje pytania dotyczące leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

Zostałem/-am również poinformowany/-a, że do czasu rozpoczęcia leczenia i w jego trakcie mogę odwołać zgodę na leczenie stomatologiczne w miejscu pobytu pacjenta, przy czym w zależności od chwili odwołania zgody różne mogą być dla mnie skutki przerwania zabiegu, zarówno o charakterze zdrowotnym, jak i estetycznym.

Niniejszym, zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w miejscu pobytu pacjenta.

Data

Podpis i pieczęć lekarza stomatologa

Czytelny podpis Pacjenta
(Rodzica lub opiekuna)

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego obecnego stanu zdrowia, w tym o przyjmowanych lekach. O wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza niezwłocznie.

Data

Podpis i pieczęć lekarza stomatologa

Czytelny podpis Pacjenta
(Rodzica lub opiekuna)

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Organizacyjnym Całodobowego Centrum Stomatologicznego Denta-Med, w tym w szczególności z zapisami dotyczącymi świadczenia usług w miejscu pobytu pacjenta, jak również z prawami i obowiązkami pacjenta.

Data

Podpis i pieczęć lekarza stomatologa

Czytelny podpis Pacjenta
(Rodzica lub opiekuna)