Zgoda na przeprowadzenie leczenia implantoprotetycznego.

Nazwisko i imię……
Urodzony…… Telefon……
(data urodzenia)
Adres zamieszkania……

Planowany zabieg :

Po konsultacjach implantologicznych i uzyskaniu informacji dotyczących metod leczenia chirurgicznego i protetycznego, oświadczam, że:

1. Zostałem/am poinformawany/na o technice samego zabiegu i szczegółowo zaznajomiłem/am się z całym przebiegiem leczenia. W trakcie planowania leczenia miałem/am możliwość zadawania pytań i otrzymałem na nie wyczerpujące odpowiedzi.
2. Zostałem/am poinformawany/na o alternatywnych metodach leczenia, ich wadach, zaletach i kosztach.
3. Zostałem/am poinformawany/na o możliwych powikłaniach wiążących się z koniecznością usunięcia implantu. Sytuacje takie zdarzają się statystycznie zaledwie w kilku procentach. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym cech osobniczych pacjenta, stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania pacjenta po zabiegu.
4. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej.
5. Zabieg będzie przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym.
6. Wyboru systemu implantologicznego dokona lekarz na podstawie oceny warunków w miejscu implantacji. Na wybór systemu ma także wpływ planowana praca protetyczna.
7. W trakcie zabiegu zastrzegamy sobie prawo do modyfikacji planu leczenia z powodu zastałych warunków anatomicznych i co się z tym może wiązać zmiany zastosowanego systemu implantologicznego. Zmiana planu leczenia w trakcie zabiegu wymaga ustnej zgody pacjenta w obecności lekarza i asystentki.
8. Wyrażam dobrowolną zgodę na przeprowadzenie zaplanowanego leczenia.
9. Zgadzam się z przedstawioną mi wyceną przebiegu leczenia , którą przyjmuję do wiadomości i zobowiązuję się do uiszczenia należności po każdym etapie leczenia.
10. Wydano historię leczenia zawierający:
    - rodzaj , typ , rozmiar , nr LOT wszczepionego implantu;
    - terminy wizyt kontrolnych niezbędnych do utrzymania gwarancji;
    - schemat i dawki przyjmowania leków ;
    - informacje nt. postępowania w okresie pozabiegowym.
11. W sprawach nie uregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

Gwarancja na wykonane usługi: udzielamy 5 letniej gwarancji na implanty i 2 letniej gwarancji na pracę protetyczną opartą na implantach. Do utrzymania gwarancji niezbędne są wizyty kontrolne w terminach podanych przez lekarza.

Premedykacja przed zabiegiem:

Przewidywane koszty wszczepienia implantu:

…… ……
Data Czytelny podpis pacjenta

smile team DENTAL CLINIC