

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

.....

imię i nazwisko pacjenta, PESEL

INFORMACJE DLA PACJENTA:

Leczenie protetyczne pozwala na odtworzenie utraconych zębów lub zniszczonych struktur zęba. Pozwala to na uzyskanie zbliżonych do naturalnych warunków zgryzowych i zapobiega pogłębianiu się zmian, które następują w wyniku braku nawet pojedynczego zęba lub wyeliminuje ich następstwa. Zabiegi te mają na celu odtworzenie funkcji i estetyki uzębienia. Utracone struktury mogą być odbudowane przy użyciu: koron, licówek, wkładów koronowych, wkładów koronowo – korzeniowych, uzupełnień protetycznych opartych na implantach, mostów (uzupełnienia stałe), protez (uzupełnienia ruchome) lub protez kombinowanych (protezy ruchome połączone z uzupełnieniami stałymi za pomocą zasuw, zatrasków, rygli lub koron teleskopowych). Uzupełnienia stałe są trwale zamocowane w ustach Pacjenta, uzupełnienia ruchome powinny być wyjmowane przez Pacjenta w celu wykonania zabiegów higienicznych oraz na czas nocnego odpoczynku (jeżeli lekarz tak zaleci).

Zaniechanie leczenia protetycznego skutkuje przemieszczaniem się i pochylaniem zębów otaczających lukę. Skutkiem tego jest zmiana osi obciążenia zęba, co powoduje jego przeciążenie, utrudnia zabiegi higieniczne oraz zwiększa ryzyko choroby przyzębia prowadząc do konieczności leczenia endodontycznego lub nawet utraty zęba. Ząb znajdujący się nad lub pod luką (dotyczy zębów górnych jak i dolnych) ulega biernemu wyrzynaniu. Powoduje to zaburzenia zgryzowe (tzw. węzeł urazowy), utrudnia późniejsze leczenie protetyczne oraz zwiększa ryzyko utraty tego zęba. Obecność braków zębowych powoduje nierównomierny rozkład sił generowanych w czasie żucia – przeciążenie istniejącego uzębienia. Objawami przeciążenia mogą być pęknięcia lub odłamania szkliwa, koron lub korzeni, rozchwianie zębów, recesje dziąseł oraz dolegliwości ze strony stawu skroniowo – żuchwowego. Zaniechanie leczenia protetycznego może wiązać się z trwałą zmianą wyglądu estetycznego dolnego odcinka twarzy – zaburzenie proporcji twarzy, pogłębienie bruzd nosowo – wargowych, bruzdy bródkowo – wargowej oraz przebudową stawu skroniowo – żuchwowego. Wieloletnie zaniechanie wykonania odbudowy protetycznej utrudnia (a czasem wręcz uniemożliwia) uzyskanie zadowalających efektów estetycznych i funkcjonalnych też wiąże się z trudniejszym i dłuższym okresem adaptacji do uzupełnień protetycznych. Zaniechanie leczenia wiąże się też z większym ryzykiem powikłań przyszłego leczenia oraz zazwyczaj wymaga dodatkowych zabiegów medycznych.

Jednorazowe leczenie protetyczne nie wystarcza na całe życie. W każdym przypadku wymaga okresowej kontroli oraz ewentualnych korekt i zmian, m.in. z uwagi na: zmiany zachodzące w organizmie Pacjenta (wiek, stan zdrowia, braki w uzębieniu, postępujący zanik kości i tkanek miękkich), zużycie materiałów, niewłaściwa higiena. Wyżej wymienione korekty i zmiany są konieczne m. in. ze względów zdrowotnych w tym zachowania funkcji leczenia protetycznego, estetyki i fonetyki oraz związane są z kosztami poniesionymi przez pacjenta.

Leczenie protetyczne związane jest z ryzykiem - mogą wystąpić powikłania m.in.:

1. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualne zastosowanie wkładu koronowo – korzeniowego, co wiąże się z dodatkowymi kosztami.
2. Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie

przeprowadzenie leczenia kanałowego co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością wymiany jej na nową.

3. W przypadku stosowania wkładów koronowo – korzeniowych, podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji a w razie niepowodzenia, ekstrakcja zęba.
4. Ból zęba oraz tkanek otaczających praz głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrenie współistniejących schorzeń, dyskomfort oraz stres powodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży).
5. Szczękościsk.
6. Pęknięcie, złamanie zęba.
7. Obrzęk, ropień, krwiał.
8. Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym.
9. Problemy natury estetycznej.
10. Problemy z jedzeniem i mówieniem.
11. Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe.
12. Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne.
13. Zdarza się, że organizm Pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych nieplanowanych kosztów.
14. Ewentualne powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniem co do zastosowania możliwości rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowolającego dla Pacjenta efektu.

Rekomendowany przez lekarza zakres leczenia/ rekomendowane rozwiązania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Koszt rekomendowanego rozwiązania:

.....
.....
.....

Wizyty kontrolne: Po wykonaniu uzupełnienia protetycznego Pacjent powinien zgłaszać się na wizyty kontrolne (płatne zgodnie z cennikiem) co 6 miesięcy lub w czasie określonym przez lekarza.

Pacjent oświadcza:

1. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o celu i konieczności oraz możliwościach leczenia protetycznego zęba/zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
2. Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałam/em i zrozumiałam/em, uzyskałam/em również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałam/em poinformowana/y o alternatywnych możliwościach leczenia, ich wadach, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałam/em możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałam/em dodatkowe wyjaśnienia.
3. Oświadczam, że udzieliłam/em wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego.
4. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
5. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenie lub zmniejszenie zakresu). Rozumiem, że podczas świadczenia medycznego komunikacja z Pacjentem może być utrudniona oraz należy dążyć do skrócenia czasu interwencji medycznej (odkrycia pola zabiegowego), co w istotny sposób zmniejsza stres i możliwość infekcji oraz przyspiesza gojenie. Dlatego w przypadku konieczności zmiany leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
6. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej przed, podczas oraz po zabiegu.
7. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej przed, podczas oraz po zabiegu, a także na przetwarzanie moich danych osobowych poprzez publikację na wszelkich nośnikach elektronicznych (Facebook, Instagram, strona internetowa etc.) lub tradycyjnych (ulotki, zdjęcia poglądowe itp.) nieodpłatnie w celach marketingowych. Niniejsza zgoda będzie obejmować przetwarzanie danych osobowych w postaci zdjęcia fotograficznego/radiologicznego mojej jamy ustnej, bez ujawnienia pełnego wizerunku twarzy oraz bez imienia i nazwiska.

Jestem świadomy, że mogę odwołać swoją zgodę pisemnie i od daty wpłynięcia takiego oświadczenia moje dane nie będą już przetwarzane w celach wskazanych w niniejszym formularzu.

Odwołanie zgody nie będzie skutkowało usunięciem wizerunku z nośników elektronicznych oraz w materiałach reklamowych już wykorzystanych lub upublicznionych przed wycofaniem zgody.
8. Zobowiązuje się do zastosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz wizyt kontrolnych co 6 miesięcy lub według zaleceń lekarza.

9. Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia oraz jest związane z precyzją w planowaniu, dopasowaniu i wykonaniu pracy protetycznej. W przypadku zwłoki z leczeniem protetycznym, lub jego przerwaniu w trakcie, mogą zmienić się warunki mojego zdrowia i uzębienia, m.in. mogą nastąpić minimalne samoistne przesunięcia zębów, które uniemożliwiają wykorzystanie wcześniej przygotowanych materiałów i prac protetycznych. Zwłoka lub przerwa w leczeniu powoduje, że wszystkie prace będą musiały być wykonane od początku. W przypadku zwłoki, lub przerwania leczenia, z przyczyn leżących po mojej stronie (Pacjenta), zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia protetycznego.
10. W przypadku różnic między rekomendowanym a zaakceptowanym / wybranym przez PACJENTA zakresem leczenia, oświadczam, że zostałam/lem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.
11. Niniejszym, zgodnie z art. 31-35 ustawy z 5 grudnia 1996r. O zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. Z 5005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami) oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Z 2009r. Nr 52, poz. 417. Nr 76, poz. 641 z późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego.
12. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszelkich etapów pracy protetycznej do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu.
13. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. dobór koloru, kształtu i ustawienia zębów uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami.

Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

.....

Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....

Czytelny podpis pacjenta