



Głogowscy s.c.

Gabinet:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/
Centrum Medyczne Roksolana i Piotr
Głogowscy
NIP: 7922312450
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław, Polska

Pacjent:

Brak Danych
PESEL brak danych
zzz 00
00-000 xxx

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Rodzaj planowanego uzupełnienia protetycznego:

.....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. nr 136 poz. 857 z późn. zm.) 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.) ja

Brak Danych

PESEL: **brak danych**

wyrażam zgodę na wykonanie planowanego świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonaniu uzupełnienia protetycznego przez:

.....

**w Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy
Paderewskiego 4
37-500 Jarosław**

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia.

Zobowiązuję się poinformować lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia mogących mieć wpływ na przebieg leczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje stanowią dane poufne objęte tajemnicą medyczną.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas leczenia oraz po wykonaniu uzupełnień protetycznych w celu diagnostyki, planowania leczenia oraz prowadzenia dokumentacji medycznej.

INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA

Zostałem(-am) poinformowany(-a):

1
o rodzaju planowanego leczenia protetycznego, jego istocie oraz technice wykonania uzupełnień protetycznych.

2
o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z leczeniem protetycznym, takich jak w szczególności:

- przejściowe dolegliwości bólowe zębów filarowych
- nadwrażliwość zębów
- przeciążenia zgryzowe
- trudności adaptacyjne do nowego uzupełnienia protetycznego
- pęknięcia lub uszkodzenia elementów protetycznych
- konieczność korekt zgryzu.

3

o tym, że w zębach żywych znajdujących się pod uzupełnieniami protetycznymi może dojść do podrażnienia, zapalenia lub martwicy miazgi, zarówno w następstwie preparacji zęba (szlifowania), jak i w trakcie późniejszego użytkowania pracy protetycznej.

Może to skutkować wystąpieniem dolegliwości bólowych oraz koniecznością przeprowadzenia leczenia endodontycznego (kanałowego), co w niektórych przypadkach może wiązać się z koniecznością ingerencji w wykonaną pracę protetyczną, w tym jej przewiercenia, modyfikacji lub wykonania nowej pracy protetycznej.

Zmiany takie stanowią możliwą reakcję biologiczną tkanek zęba i **nie muszą wynikać z nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia.**

4

o tym, że w trakcie leczenia mogą ujawnić się wcześniej niewidoczne zmiany chorobowe, takie jak próchnica wtórna, pęknięcia zębów, choroby przyzębia lub niewystarczająca ilość tkanek zęba.

W takich przypadkach może być konieczne przeprowadzenie dodatkowego leczenia lub zmiana planu leczenia.

5

o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu.

RYZIKO DOTYCZĄCE ZĘBÓW FILAROWYCH

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że zęby filarowe stanowią podstawę dla uzupełnienia protetycznego i są poddawane zwiększonym obciążeniom.

W niektórych przypadkach może dojść do:

- uszkodzenia zęba filarowego
- złamania korzenia lub korony zęba
- rozwoju stanu zapalnego tkanek okołowierzchołkowych
- konieczności leczenia kanałowego
- konieczności usunięcia zęba filarowego.

W przypadku utraty zęba filarowego może zaistnieć konieczność wykonania nowej pracy protetycznej.

TRWAŁOŚĆ PRAC PROTETYCZNYCH

Zostałem(-am) poinformowany(-a), że uzupełnienia protetyczne:

- nie stanowią naturalnej części organizmu
- podlegają naturalnemu zużyciu biologicznemu i mechanicznemu
- ich trwałość zależy od wielu czynników, w szczególności od higieny jamy ustnej, warunków zgryzowych oraz ogólnego stanu zdrowia pacjenta.

Pacjent przyjmuje do wiadomości, że w przyszłości może zaistnieć konieczność naprawy, modyfikacji lub wykonania nowych uzupełnień protetycznych.

PROTEZY RUCHOME

Pacjent został poinformowany, że w przypadku protez ruchomych w trakcie użytkowania może dochodzić do stopniowego **zaniku kości oraz zmian w podłożu protetycznym.**

Zmiany te są naturalnym procesem biologicznym i mogą powodować pogorszenie stabilizacji protezy.

W takich przypadkach może być konieczne:

- podścielenie protezy

- korekta protezy
- wykonanie nowej protezy.

Zmiany te **nie stanowią wady wykonanej pracy protetycznej**.

BRUKSIZM I PRZECIĄŻENIA

Pacjent został poinformowany, że zgrzytanie lub zaciskanie zębów może prowadzić do przeciążeń uzupełnień protetycznych oraz ich uszkodzenia.

Lekarz może zalecić stosowanie **szyny relaksacyjnej**.

DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE UŻYTKOWANIA PRAC PROTETYCZNYCH

Pacjent został poinformowany, że:

- materiały protetyczne mogą ulec uszkodzeniu przy nagryzaniu bardzo twardych pokarmów
- porcelana, ceramika lub kompozyt mogą w rzadkich przypadkach ulec pęknięciu lub odpryśnięciu
- odbiór koloru uzupełnień protetycznych może różnić się w zależności od warunków oświetleniowych
- w trakcie użytkowania może dochodzić do naturalnego zużycia materiałów.

GWARANCJA NA PRACE PROTETYCZNE

Na wykonane uzupełnienia protetyczne udzielana jest **gwarancja od dnia oddania pracy protetycznej pacjentowi. Okres gwarancji:**

-prace stałe ceramiczne, cyrkonowe i metaloceramiczne cementowane 24 miesiące

- protezy ruchome 12 miesięcy

- prace cementowane kompozytowe 12 miesięcy

, o ile lekarz nie określi inaczej w indywidualnych przypadkach.

Gwarancja dotyczy zarówno:

- uzupełnień protetycznych **stałych**
- uzupełnień protetycznych **ruchomych**.

Warunkiem utrzymania gwarancji jest:

- zgłaszanie się na wizyty kontrolne **co najmniej raz na 6 miesięcy u lekarza udzielającego gwarancji, koszt opłaty za wizytę kontrolną według cennika**
- wykonywanie profesjonalnej higienizacji jamy ustnej przez wykwalifikowaną higienistkę wyznaczoną przez lekarza udzielającego gwarancji.
- przestrzeganie zaleceń lekarza.

W przypadku pojawienia się jakichkolwiek zastrzeżeń lub uszkodzeń pracy protetycznej **pacjent zobowiązany jest w pierwszej kolejności poinformować o tym gabinet**, w którym praca została wykonana.

Wszelkie próby naprawy pracy protetycznej przez pacjenta lub ingerencja w pracę protetyczną wykonana przez osoby trzecie powodują natychmiastowe wygaśnięcie gwarancji.

Gwarancja nie obejmuje:

- elementów zużywalnych
- naturalnego zużycia materiałów
- uszkodzeń powstałych w wyniku urazów mechanicznych
- uszkodzeń wynikających z bruxsizmu
- niewłaściwej higieny jamy ustnej
- niestawiania się na wizyty kontrolne
- zmian w jamie ustnej powstałych niezależnie od leczenia.

ESTETYKA UZUPEŁNIENIA

Pacjent potwierdza, że zaakceptował:

- kolor zębów
- kształt zębów
- ogólną estetykę pracy protetycznej.

Zmiana decyzji dotyczącej zaakceptowanej estetyki po oddaniu pracy może wiązać się z koniecznością wykonania nowej pracy na koszt pacjenta.

OBOWIĄZKI PACJENTA

Pacjent zobowiązuje się do:

- utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej
- prawidłowego użytkowania uzupełnień protetycznych
- stosowania się do zaleceń lekarza
- zgłaszania się na wizyty kontrolne i higienizacyjne.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Pacjent oświadcza, że uzyskał wyczerpujące informacje dotyczące planowanego leczenia, możliwych powikłań oraz alternatywnych metod leczenia.

Pacjent rozumie, że **jak w przypadku wszystkich procedur medycznych nie można zagwarantować określonego efektu leczenia.**

Pacjent ma świadomość, że może w każdej chwili odwołać zgodę na leczenie.

Data:

24/06/2026

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna