



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 NA LECZENIE WARUNKOWE

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz.U. z późn. zm.) oraz art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z późn. zm.) ja,

Brak Danych

PESEL: **brak danych**

wyrażam zgodę na **leczenie warunkowe obarczone zwiększonym ryzykiem niepowodzenia** oraz oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zastosowania alternatywnego sposobu leczenia, który według zaleceń lekarza jest bardziej przewidywalny, jednak **odmawiam jego przeprowadzenia**.

Leczenie zostanie wykonane przez lekarza w gabinecie **Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy 7922312450**.

W przypadku gdy pacjent jest osobą niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną, zgodę wyraża jego **opiekun prawny**.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

1. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o ryzyku oraz możliwości niepowodzenia leczenia zęba **nr** Kontynuacja leczenia jest moją świadomą decyzją.
2. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że leczenie ma **charakter warunkowy i często ratunkowy**, a jego celem może być **jedynie czasowe utrzymanie zęba w jamie ustnej**, a nie trwałe rozwiązanie problemu.
3. Przyjmuję do wiadomości, że pomimo podjęcia leczenia może dojść do jego niepowodzenia, w szczególności w postaci konieczności ponownego leczenia, leczenia kanałowego, leczenia chirurgicznego lub usunięcia zęba.
4. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o alternatywnych metodach leczenia oraz związanym z nimi ryzyku, w tym o metodach bardziej przewidywalnych, jednak zdecydowałem(-am) się na leczenie obarczone zwiększonym ryzykiem niepowodzenia.
5. Oświadczam, że poinformowałem(-am) lekarza o stanie mojego zdrowia oraz przyjmowanych lekach w formie pisemnej w ankiecie medycznej.
6. Zgoda jest ważna do momentu jej odwołania. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że mogę w każdej chwili **odwołać zgodę na leczenie**.

7. Rozumiem, że **zakres leczenia może różnić się od zaplanowanego**, jeżeli w trakcie leczenia ujawnią się nieprzewidziane wcześniej okoliczności kliniczne. W takiej sytuacji wyrażam zgodę na dokonanie korekty planu leczenia oraz kosztów zgodnie z obowiązującym cennikiem gabinetu.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie **znieczulenia miejscowego, badań radiologicznych (RTG) oraz dokumentacji fotograficznej** w trakcie leczenia w celach diagnostycznych oraz dokumentacyjnych.
9. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności zgłaszania się na **okresowe wizyty kontrolne nie rzadziej niż co 6 miesięcy**.
10. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, możliwych powikłań oraz alternatywnych metod leczenia (w tym zaniechania leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
11. Przyjmuję do wiadomości, że ze względu na **warunkowy charakter leczenia oraz zwiększone ryzyko niepowodzenia nie jest udzielana rękojmia ani gwarancja na wykonane leczenie**.
12. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, gdyż ich nieprzestrzeganie może mieć wpływ na powodzenie leczenia.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że powyższe informacje przeczytałem(-am), zrozumiałem(-am) oraz miałem(-am) możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego leczenia.

Data:

07/04/2026

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego:

Brak Danych

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna