



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 ZABIEG HIGIENIZACJI

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 wykonanie zabiegu **higienizacji jamy ustnej** przez higienistkę stomatologiczną
..... w gabinecie:

Centrum Medyczne Głogowscy s.c/ Centrum Medyczne Roksolana i Piotr Głogowscy

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia – zgodnie z przeprowadzonym wywiadem medycznym.

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

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

Zostałem(-am) poinformowany(-a):

1. że zabiegi profilaktyczne mają na celu zapobieganie powstawaniu próchnicy zębów oraz utrzymanie prawidłowej kondycji dziąseł i przyzębia, co stanowi podstawowy element w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej.
2. że do podstawowych zabiegów higienizacyjnych należą w szczególności:
 - usuwanie kamienia nazębnego (skaling),
 - piaskowanie zębów w celu usunięcia osadów i przebarwień,
 - polerowanie powierzchni zębów,
 - fluoryzacja,
 - lakowanie zębów (w uzasadnionych przypadkach).
3. że **skaling**, czyli usuwanie kamienia nazębnego, polega na usunięciu twardych złogów nazębnych przy użyciu urządzeń ultradźwiękowych, a następnie wygładzeniu i wypolerowaniu powierzchni

zębów.

4. że **piaskowanie** polega na usunięciu niezmineralizowanego osadu oraz przebarwień z powierzchni zębów przy użyciu piaskarki stomatologicznej.
5. że w trakcie wykonywania zabiegów higienizacyjnych może dojść do **ujawnienia lub utraty nieszczelnych wypełnień**, które wcześniej były utrzymywane przez złogi nazębne.
6. że u pacjentów z chorobami przyzębia może zaistnieć konieczność wykonania **bardziej zaawansowanych zabiegów periodontologicznych**, w tym usuwania kamienia poddziąsłowego.
7. że po wykonaniu zabiegu higienizacji może wystąpić **czasowa nadwrażliwość zębów lub dziąseł**, a także przejściowe podrażnienie lub krwawienie dziąseł.
8. że dla utrzymania prawidłowej higieny jamy ustnej pacjent powinien zgłaszać się na wizyty kontrolne i zabiegi higienizacyjne w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, **nie rzadziej niż co 6 miesięcy**.
9. że zostałem(-am) poinformowany(-a) o **kosztach zabiegu**, które akceptuję.
10. że podczas wizyty zostałem(-am) udzielony **instruktaż higieny jamy ustnej**.
11. że w przypadku stwierdzenia stanów zapalnych dziąseł lub innych problemów w obrębie tkanek miękkich jamy ustnej **higienistka stomatologiczna może zaproponować zabiegi laseroterapii**, które mogą wspomagać leczenie stanów zapalnych, poprawiać kondycję dziąseł oraz przyspieszać procesy gojenia.

OŚWIADCZENIE KOŃCOWE

Oświadczam, że powyższe informacje przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am). Uzyskałem(-am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące zabiegu w moim przypadku.

Miałem(-am) możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem(-am) wyczerpujące odpowiedzi.

Mam świadomość, że mogę w każdej chwili **odwołać zgodę na przeprowadzenie zabiegu**.

Data:

2026/04/07

Podpis pacjenta:

Brak Danych

Data podpisu

Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna