

ZGODA PACJENTA NA BONDING

Zakres planowanego zabiegu:

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) 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.) wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na wykonanie procedury bondingu w gabinecie stomatologicznym. Zgoda obejmuje następujące informacje:

Cel procedury: Bonding jest stosowany w celu poprawy estetyki zębów, naprawy ubytków, wzmocnienia zębów oraz korekcji drobnych wad kształtu i koloru.

Opis procedury: Bonding polega na naniesieniu na zęby specjalnego kompozytu, który jest dopasowany do naturalnego koloru zębów. Kompozyt jest następnie utwardzany przy użyciu światła, co powoduje trwałe związanie z zębem.

Alternatywne metody leczenia: istnieją inne metody leczenia, takie jak korony, licówki lub protezy, które mogą być odpowiednie w niektórych przypadkach. Moje pytania dotyczące innych metod leczenia zostały odpowiednio omówione i rozwiązane.

Ryzyko i możliwe skutki uboczne: Chociaż bonding jest zazwyczaj bezpieczny, istnieje ryzyko wystąpienia reakcji alergicznych na stosowane materiały, odczynów zapalnych, przebarwień, wrażliwości na ciepło lub zimno, a także możliwości odklejenia się lub pęknięcia kompozytu w przyszłości. Moje pytania dotyczące ryzyka i możliwych skutków ubocznych zostały odpowiednio omówione i rozwiązane.

Plan leczenia i koszty: Otrzymałem/łam informacje dotyczące planu leczenia, w tym liczby wizyt, oczekiwanego czasu trwania procedury oraz kosztów związanych z bondingiem.

Przed i po zabiegu: Rozumiem, że przed przystąpieniem do bondingu mogą być wymagane dodatkowe zabiegi, takie jak usunięcie kamienia nazębnego lub oczyszczenie zębów. Po zakończeniu procedury będę również musiał/musiła przestrzegać określonych zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej oraz unikać spożywania potraw i napojów, które mogą powodować przebarwienia lub uszkodzenia kompozytu. Zalecone są kontrole co pół roku.

Zgoda na leczenie: Wyrażam zgodę na przeprowadzenie procedury bondingu oraz wszelkich związanych z nią zabiegów niezbędnych dla mojego leczenia stomatologicznego. Rozumiem, że mam prawo do uzyskania dodatkowych informacji i odpowiedzi na moje pytania przed rozpoczęciem leczenia.

Zgoda na dokumentację medyczną: Wyrażam zgodę na sporządzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia stomatologicznego w tym zdjęć zewnątrz i wewnątrzustnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podpis pacjenta: _____

Data: _____

Prosimy o uważne zapoznanie się z powyższymi informacjami oraz skonsultowanie wszelkich wątpliwości z lekarzem stomatologiem przed podpisaniem formularza zgody.