

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL:

DIAGNOZA/LISTA PROBLEMÓW:

PLAN LECZENIA ORTODONTYCZNEGO:

APARATY:

ROKOWANIE:

RETENCJA:

Podczas leczenia ortodontycznego niezbędne są wizyty kontrolne co 4-6 tygodni. Pacjent zobowiązany jest do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarza, stawiania się na wizyty kontrolne i utrzymywania bardzo dobrej higieny jamy ustnej.

NAJCZĘSTSZE POWIKŁANIA LECZENIA ORTODONTYCZNEGO:

Negatywnymi skutkami terapii ortodontycznej mogą być:

Ból -ból zębów po założeniu aparatów oraz niektórych wizytach kontrolnych, ból w okolicy stawów skroniowo-żuchwowych, a także otarcia oraz nadżerki na błonie śluzowej policzków oraz dziąseł.

Próchnica zębów - odwapnienia, przebarwienia i ubytki tkanek twardych zębów.

Przebarwienia szkliva - zmiana barwy szkliva pod zamkami ortodontycznymi, pierścieniami oraz wokół elementów przyklejonych na stałe podczas leczenia ortodontycznego.

Alergia - uczulenie na materiały stosowane w trakcie leczenia ortodontycznego.

Stany zapalne – stany zapalne lub martwica miazgi zębów, a także możliwe są stany zapalne i recesje dziąseł, uszkodzenia przyzębia, a także stomatopatie przebiegające z zakażeniem grzybami drożdżopodobnymi lub wynikające z działania czynnika urazowego i alergicznego.

Ruchomość zębów - zauważalna zwiększona ruchomość zębów w trakcie oraz pewien czas po zakończeniu leczenia ortodontycznego.

Resorpcja korzeni zębów - częściowy zanik korzenia lub korzeni zębów w trakcie leczenia ortodontycznego lub po zakończonym leczeniu ortodontycznym.

Złamania - podczas zdejmowania elementów aparatu stałego możliwe jest uszkodzenie bądź utrata wypełnienia zęba lub złamanie części lub całej korony zęba- dotyczy to zwłaszcza zębów martwych.

Nawrót wady - różne wady ortodontyczne mają różną skłonność do nawrotu. Często winę za nawrót wady ponosi pacjent niewystarczająco stosujący się do zaleceń lekarza. Zmniejszanie częstotliwości stosowania aparatów retencyjnych przez pacjenta, względnie w ogóle ich nie używanie jest jedną z najczęstszych przyczyn nawrotu wady zgryzu. Po leczeniu niektórych wad zgryzu wymagana jest retencja przez całe życie.

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 planowanego wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego przez w .

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej, fotografii wewnątrzustnych i fotografii twarzy oraz modeli górnego i dolnego łuku zębowego. Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystanie moich danych osobowych oraz zdjęć w celu ich archiwizacji, w celach badawczych, dydaktycznych oraz umieszczania ich w publikacjach naukowych.

Oświadczam, że podczas wywiadu, badania nie zataiłem/-am żadnych informacji dotyczących mojego/mojego dziecka stanu zdrowia, badań, oraz przebytych chorób. O wszelkich zmianach stanu mojego/mojego dziecka zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego na najbliższej wizycie.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. O rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia.
3. O tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu
4. O konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.
5. O tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza.
6. O kosztach leczenia, które akceptuję

Zobowiązuję się do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.