

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua554-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**OGÓLNE WARUNKI LECZENIA W DC SMILE DESIGNERS Joanna Dziok i Marta Czaplińska –
Lekarze Dentyści – spółka partnerska**

Podejmując decyzję o rozpoczęciu leczenia chcemy, aby podjęli Państwo tę decyzję jak najbardziej świadomie. Prosimy o zapoznanie się i podpisanie poniższego dokumentu. Nasi specjaliści pomogą Państwu zaplanować leczenie w taki sposób, żeby było bezpieczne, skuteczne, przewidywalne i trwałe. Stosujemy najnowocześniejszy sprzęt diagnostyczny i leczniczy, wykorzystujemy efektywne materiały lecznicze, współpracujemy z najbardziej renomowanymi pracownikami protetycznymi oraz co najważniejsze, nasi lekarze holistycznie zaopiekują się każdym pacjentem.

Ja niżej podpisany/-a przyjąłem/-am do wiadomości, że:

1. przed rozpoczęciem leczenia będę poproszony/-a o wypełnienie ankiety zdrowia i podpisanie jej. Jest to konieczne do rozpoczęcia procesu leczniczego;
 2. wszelkie zabiegi oraz procedury lecznicze wykonywane w DC SMILE DESIGNERS Joanna Dziok i Marta Czaplińska – Lekarze Dentyści – spółka partnerska mają charakter umowy starannego działania i w żadnym przypadku nie obejmują gwarancji rezultatu. Leczenie jest wykonywane zgodnie ze sztuką medyczną i aktualną wiedzą, natomiast jego przeprowadzenie nie gwarantuje uzyskania pełnego rezultatu, albowiem zależy ono od wielu czynników niezależnych od zastosowanych procedur. Każde leczenie związane jest z ograniczeniami medycznymi, technicznymi, mechanicznymi i materiałowymi, jak również z cechami osobniczymi pacjenta mogącymi stać na przeszkodzie osiągnięcia pożądanego przez pacjenta efektu;
 3. pacjent wyraża zgodę na leczenie. Bez takiej zgody leczenie nie może zostać rozpoczęte. Wszelkie negatywne konsekwencje związane z brakiem rozpoczęcia leczenia obciążają mnie (pacjenta), który nie wyraził zgody na jego rozpoczęcie;
 4. podczas leczenia protetycznego, ja (pacjent), jestem zobowiązany/-a podpisać dokumenty świadczące o akceptacji poszczególnych etapów leczenia oraz jej zakończenia. Jeżeli mam zastrzeżenia w zakresie wykonywanej pracy, to mam obowiązek zgłosić je w formie pisemnej lekarzowi prowadzącemu. Brak pisemnej akceptacji etapów pracy przez pacjenta przy jednoczesnym składaniu przez niego ogólnych uwag lub zastrzeżeń do pracy, bez ich skonkretyzowania, skutkuje uznaniem, że bez jakichkolwiek przyczyn i podstaw wstrzymał on dalsze leczenie. Dopiero po podpisaniu akceptacji danego etapu, proces leczniczy będzie kontynuowany. Wszelkie niekorzystne skutki takiego wstrzymania leczenia obciążają wyłącznie pacjenta, włącznie z sytuacją, gdy na skutek wstrzymania leczenia, proces leczenia będzie musiał być prowadzony od nowa, w tym także będzie musiała zostać od nowa wykonana praca protetyczna, której koszty w całości pokryje pacjent. W sytuacji, kiedy pacjent nie chce podpisać akceptacji etapów pracy i nie zgłasza pisemnych zastrzeżeń, uznaje się, że pacjent akceptuje pracę bez jakichkolwiek zastrzeżeń;
 5. zaniechanie leczenia kanałowego zęba zawsze skutkuje jego utratą. Leczenie kanałowe zęba jest leczeniem warunkowym. Leczenie kanałowe zęba wiąże się z ryzykiem niepowodzenia takiego leczenia i w efekcie utratą zęba;
 6. producent implantów udziela na nie gwarancji, w przypadku braku osteointegracji lub utraty stabilności implantu (w okresie gwarancji), implant dostarcza bezpłatnie. Ponowne wszczepienie implantu, bezpłatnie dostarczonego przez producenta, odbywa się w terminie wskazanym przez lekarza prowadzącego i nie obejmuje kosztów odtworzenia kości, jeżeli jest to konieczne do ponownego osadzenia implantu oraz uzupełnień protetycznych na tym implancie i części mocujących.
- PROSIMY PAMIĘTAĆ: Regularna kontrola stomatologiczna pozwala na wczesne wykrycie patologii, daje możliwość zatrzymania choroby i szybszego oraz mniej kosztownego leczenia;
7. ja (pacjent), zobowiązuję się do zgłoszenia wszelkich nieprawidłowości – w dniu ich wystąpienia – telefonicznie lub osobiście lekarzowi prowadzącemu. Wszelkie zastrzeżenia złożę pisemnie podczas najbliższej wizyty;
 8. warunkami zachowania prawidłowych wyników leczenia jest: dbanie o higienę jamy ustnej, wykonanie kontroli zgodnie z zaleceniami lekarza, nie rzadziej jednak niż co sześć miesięcy oraz wykonywanie zabiegów higienizacyjnych w gabinecie, przynajmniej raz na sześć miesięcy;
 9. jeżeli pacjent, wbrew wskazaniom medycznym, żąda wykonania procedury leczniczej, lekarz może, mimo żądania pacjenta, odmówić wykonania żądanej procedury, jeśli uzna, że byłoby to sprzeczne ze sztuką medyczną i/lub aktualną wiedzą medyczną; w takiej sytuacji lekarz wskaże inną jednostkę medyczną, do której pacjent może się udać;
 10. jeżeli ja (pacjent) na którymkolwiek etapie leczenia, będę chciał je przerwać lub zakończyć, to wszystkie negatywne konsekwencje takiej decyzji obciążą mnie (pacjenta);
 11. w zależności od zakresu leczenia, czy jego planowania, lekarz może zlecić wykonanie: dokumentacji radiologicznej, fotografii twarzy, fotografii wewnątrzustnej oraz wykonanie modeli gipsowych górnego i dolnego łuku zębowego. Ja (pacjent) wyrażam zgodę, by podczas leczenia wykonane zostały: dokumentacja radiologiczna, fotografie wewnątrzustne, fotografie twarzy oraz gipsowe modele górnego i dolnego łuku zębowego;

12. ja (pacjent) ponoszę koszty dojazdu w celu wykonania proponowanego zaakceptowanego leczenia, jak również wizyt kontrolnych oraz wizyt, które będą podyktowane względami medycznymi. Do kosztów tych zaliczają się m.in.: koszty przejazdu własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem, itp.; koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie, itp.; wszelkie koszty pobytu pacjenta wraz z osobami mu towarzyszącymi przez czas, który będzie niezbędny lub konieczny dla prawidłowego leczenia. Koszty te nie są wliczane do kosztów leczenia i w żadnym przypadku nie obciążają lekarza i jednostki leczniczej;

13. zapoznałem się z informacją dotyczącą przetwarzania i ochrony danych osobowych pacjentów w DC Smile Designers sp. p. (treść dokumentu dostępna jest w recepcji, poczekalni i na stronie www.dcsmiledesigners.pl w zakładce „dokumenty, informacje”).

Odpowiadając poniżej, należy zakreślić poprawną lub skreślić niepoprawną X odpowiedź TAK/NIE

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z ogólnymi warunkami leczenia w DC SMILE DESIGNERS sp. p., w pełni je rozumiem, akceptuję je i wyrażam zgodę na prowadzenie leczenia zgodnie z powyższymi zasadami.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na udzielenie i wykonanie świadczenia zdrowotnego i diagnostyki w DC Smile Designers sp. p.

TAK / NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na wskazany adres e-mail:

.....

TAK / NIE

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji/dokumentacji medycznej

Składając poniższe oświadczenia, należy wstawić znak X w wybranych polach , * niepotrzebne skreślić

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim / mojego dziecka* stanie zdrowia i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w DC Smile Designers sp. p. we Wrocławiu.

nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej / mojego dziecka* dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń zdrowotnych udzielonych w DC Smile Designers sp. p. we Wrocławiu.

upoważniam niniejszym

imię i nazwisko:

PESEL:

i udostępniam także kontakt do niniejszej osoby:

nr telefonu

imię i nazwisko:

PESEL:

i udostępniam także kontakt do niniejszej osoby:

nr telefonu

do otrzymywania informacji o stanie zdrowia mojego / mojego dziecka* i świadczeniach zdrowotnych udzielonych w DC Smile Designers sp. p. we Wrocławiu.

do uzyskiwania mojej / mojego dziecka* dokumentacji medycznej sporządzonej w DC Smile Designers sp. p. we Wrocławiu.

do umawiania / modyfikacji / odwoływania wizyt / pozyskiwania informacji o planowanych i zrealizowanych wizytach moich / mojego dziecka* w DC Smile Designers sp. p. we Wrocławiu.

Skąd dowiedział /-a się Pan /-i o DC Smile Designers sp. p.? (należy wstawić znak X w wybranych polach)

Google

polecenie

inne:

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Opiekuna