

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplńska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE LICÓWEK**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry niniejszym wyrażam zgodę na leczenie protetyczne – licówki zęba/zębów

Lekarz przeprowadzający leczenie:

Oświadczam, że udzieliłem/-am informacji pisemnej o moim aktualnym stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia: miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia (jeśli nie występują, prosimy wpisać "brak"):

Planowany, zaakceptowany przez pacjenta projekt LICÓWEK:

1. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.
2. Wyrażam zgodę na wykonywanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas leczenia i po założeniu LICÓWEK.
3. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. doboru koloru, kształtu i ustawienia zębów zostanie zatwierdzony przeze mnie podpisem, jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie, chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie licówek, to zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
4. 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.
5. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy, do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu.
6. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i konieczności oraz możliwości wykonania licówek na zęba/zęby, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
7. Oświadczam, że powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, ich wadach i zaletach. Miałem/-am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem/-am dodatkowe wyjaśnienia.
8. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
9. Rozumiem, że wyżej opisane, zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku zwłoki lub jego przerwania w trakcie leczenia, mogą zmienić się warunki mojego zdrowia i uzębienia, m.in. mogą nastąpić minimalne samoistne przesunięcia zębów, które uniemożliwiają wykorzystanie wcześniej przygotowanych materiałów i prac protetycznych. Zwłoka lub przerwa w leczeniu spowoduje, że wszystkie prace będą musiały być wykonane od początku. W przypadku zwłoki lub przerwania leczenia z przyczyn leżących po mojej (pacjenta) stronie, zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonanych wcześniej prac oraz ponownego leczenia. W takiej sytuacji, biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia.
10. W przypadku różnic pomiędzy rekomendowanym i zaakceptowanym/wybranim przeze mnie (pacjenta) zakresem leczenia, oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem zgody na rekomendowany zakres leczenia.
11. Akceptuję plan leczenia wraz z wyceną – plan leczenia stanowi załącznik do niniejszej zgody.
12. Niniejszym, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego wskazanego w niniejszej zgodzie przez lekarza wskazanego powyżej.

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry; data

INFORMACJA DLA PACJENTA

Licówki: są uzupełnieniami estetycznymi, mocowanymi do zębów na powierzchniach wargowych lub policzkowych w postaci cienkich płytek porcelanowych. Pozwalają m.in. na: zakrycie estetycznych niedoskonałości, korektę estetyczną kształtu zęba poprzez jego wydłużenie, skrócenie, poszerzenie lub zwężenie, odbudowę częściowo utraconego zęba, korektę położenia zęba w łuku (w przypadku niewielkich nieprawidłowości w postaci wychylenia lub rotacji zęba), zamknięcie szpar między zębami, a także zmianę koloru. Założenie licówek wiąże się z koniecznością oszlifowania zewnętrznej powierzchni korony zęba na grubość licówki i cementowaniu – jest to zabieg nieodwracalny. Ryzyko i procedura jest podobna, jak w przypadku koron.

RYZYKO ZWIĄZANE Z LECZENIEM PROTETYCZNYM I POWIKŁANIAM

W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co wiązać się będzie z dodatkowymi kosztami.

Jeżeli licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia, konieczne będzie wtedy przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem licówki i koniecznością jej wymiany na nową.

Zła higiena jamy ustnej może powodować stany zapalne, może również prowadzić do próchnicy.

Zmiana koloru własnego zęba może spowodować wrażenie, że osadzona na nim licówka porcelanowa zmieni odcień,

Przeciwwskazania do założenia licówki pełnoceramicznej. Do najczęstszych przeciwwskazań założenia licówek pełnoceramicznych zalicza się:

- wady zgryzowe;
- zbyt mała ilość szkliwa;
- bruksizm, inaczej zgrzytanie zębami;
- niewystarczająca higiena jamy ustnej;
- zęby o niewielkich rozmiarach;
- braki zębowe w odcinkach bocznych uzębienia, które nie zostały uzupełnione;
- ząb bardzo zniszczony bądź z rozległymi wypełnieniami;
- próchnica;
- choroby dziąseł;
- obgryzanie paznokci;
- duża skłonność do próchnicy.

ZALECENIA PO ZABIEGU ZAŁOŻENIA LICÓWKI PEŁNOCERAMICZNEJ

Po wykonanym zabiegu nałożenia licówek pełnoceramicznych należy przez kilkanaście godzin unikać – picia barwiących napojów takich jak: herbata, kawa, napoje energetyczne, napoje kolorowe i gazowane, wino oraz spożywania sosów takich jak: pomidorowy, curry, sojowy, a także owoców leśnych czy słodczy. Trzeba pamiętać bowiem, że czasami się zdarza, że na granicy przejścia między licówką a szkliwem pojawiają się odbarwienia. Nie powinno się również odgryzać twardych kawałków jedzenia, aby uniknąć uszkodzenia licówek.

Należy dbać o higienę zębów i jamy ustnej, ponieważ próchnica może pojawiać się również na zębach z licówkami. Zęby należy myć miękką szczoteczką i zwykłą pastą z fluorem, co najmniej dwa razy dziennie; używać też nitki dentystycznej i płynu do płukania ust.

Na wizyty kontrolne u dentysty należy się zgłaszać co pół roku. Sugerowane jest także systematyczne usuwanie kamienia i osadu na zębach, w celu utrzymania ich doskonałego wyglądu. Co 12 miesięcy zęby należy poddać również lekkiej renowacji w celu zapewnienia ich gładkości i blasku (licówki kompozytowe).

MOŻLIWE POWIKŁANIA

Powikłania po założeniu licówek występują dość rzadko. Wiążą się one głównie z odklejeniem lub ukruszeniem licówki. Dzieje się tak głównie z powodu uszkodzenia mechanicznego, spowodowanego np. ugryzieniem twardego pokarmu.

Zapoznałem/-am się z informacją dotyczącą licówek.

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

PLAN LECZENIA

Wykonanie licówek na zębach.

Licówki pełnoceramiczne:

I etap: mock-up i jego akceptacja,

II etap: przygotowanie zębów pod licówki, wyciski,

III etap: praca – przymiarka I akceptacja,

IV etap: praca ostateczna, II akceptacja – ostateczne cementowanie.

Koszty: licówek x zł = zł brutto

I zaliczka płatna na pierwszej wizycie – kwota: zł

II zaliczka płatna na III etapie – kwota: zł

Ostateczna wpłata IV etap – kwota: zł

.....
Czytelny podpis pacjenta; data i miejscowość

AKCEPTACJA / UWAGI

Mock-up

Akceptuję: kształt TAK / NIE kolor TAK / NIE wykonanie TAK / NIE estetyka TAK / NIE

Proszę zakreślić poprawną decyzję.

Sugerowane przez pacjenta zmiany (wypisać lub wpisać brak):

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty; data

AKCEPTACJA / UWAGI

Przymiarka

Akceptuję: kształt TAK / NIE kolor TAK / NIE wykonanie TAK / NIE estetyka TAK / NIE

Proszę zakreślić poprawną decyzję.

Sugerowane przez pacjenta zmiany (wypisać lub wpisać brak):

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty; data

AKCEPTACJA / UWAGI

Praca ostateczna przed końcowym jej oddaniem

Akceptuję: kształt TAK / NIE kolor TAK / NIE wykonanie TAK / NIE estetyka TAK / NIE

Proszę zakreślić poprawną decyzję.

Sugerowane przez pacjenta zmiany (wypisać lub wpisać brak):

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego pacjenta; data i miejscowość

.....
Podpis i pieczętka lekarza dentysty; data

KONTROLE

Po ostatecznym zacementowaniu licówek pacjent ma obowiązek stawiać się na kontrole oraz na zabiegi higienizacyjne.

1. Pierwsza kontrola dni od daty zacementowania ostatecznego licówek.
2. Druga kontrola dni od kontroli z pkt. 1.
3. Następne kontrole, co 6 miesięcy, licząc pierwsze 6 miesięcy od terminu określonego w pkt. 2.

Pierwsza kontrola w dniu:

ZABIEGI HIGIENIZACYJNE - co 6 miesięcy.

Pierwsza higienizacja w dniu:

Brak przestrzegania zaleceń lekarza i brak stawiania się na wizyty kontrolne oraz zabiegi higienizacyjne może spowodować niekorzystne konsekwencje, za które lekarz dentysta nie odpowiada.

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna

