

**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 LECZENIE PROTETYCZNE**

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

**Lekarz przeprowadzający:**.....

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, jeśli zajdzie taka potrzeba, podczas zabiegów i po założeniu uzupełnień protetycznych.

**Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia:** miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzadowego 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 wpisano powyżej "nie", należy wpisać "brak") .....

Rozpoznanie oraz planowany, zaakceptowany przez pacjenta projekt uzupełnień protetycznych:

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

1. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z brakiem lub odmową zgody na rekomendowany zakres leczenia.
2. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. doboru koloru, kształtu i ustawienia zębów uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony podpisem, jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
3. 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.
4. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, wówczas zobowiązuję się pokryć koszty wszystkich etapów pracy protetycznej do czasu odwołania zgody na leczenie. Odwołanie zgody musi nastąpić pisemnie i liczy się od dnia doręczenia go lekarzowi prowadzącemu. W sytuacji, gdy w trakcie prowadzonego leczenia protetycznego odwołam moją zgodę lub zrezygnuję z leczenia zobowiązuję się pokryć wszelkie dotychczas poniesione koszty przez DC Smile Designers sp. p.
5. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a o celu i konieczności oraz możliwości leczenia protetycznego zęba/zębów, a także o istocie zabiegu i normalnych następstwach zabiegu oraz o możliwości wystąpienia powikłań i ewentualnej konieczności dodatkowego leczenia.
6. 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, zaletach i ich ryzyku, z zaniechaniem leczenia włącznie. Miałem/-am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe wyjaśnienia.
7. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.
8. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji planowanego wcześniej leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia bądź też zmniejszenia zakresu). Dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
9. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.
10. Rozumiem, że wyżej opisane zaakceptowane i zaplanowane leczenie odnosi się wyłącznie do aktualnego stanu mojego zdrowia i uzębienia. W przypadku zwłoki w leczeniu protetycznym, lub jego przerwania w trakcie, 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 powoduje, 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 protetycznego. W takiej sytuacji biorę pełną odpowiedzialność za negatywne konsekwencje przerwania przeze mnie rozpoczętego leczenia protetycznego.

11. Akceptuję plan leczenia protetycznego wraz z wyceną, która stanowi załącznik do niniejszej zgody.

12. Akceptuję koszty i wynagrodzenie za ww. leczenie i zobowiązuję się je zapłacić:

I rata .....% kwoty w dniu rozpoczęcia leczenia,

II rata ..... % kwoty w dniu przymiarki lub w dniu oddania pracy przed jej ostatecznym osadzeniem.

13. Niniejszym, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* oraz art. 15 – 19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, **wyrażam zgodę na wykonanie leczenia protetycznego** przez lekarza wskazanego w zgodzie.

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

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

### INFORMACJA DLA PACJENTA DOTYCZĄCA LECZENIA PROTETYCZNEGO

**Istota leczenia:** leczenie protetyczne pozwala na odtworzenie utraconych zębów lub zniszczonych struktur zęba. Pozwala to na uzyskanie zbliżonych do naturalnych warunków zgryzowych i zapobiega zmianom, które następują w wyniku utraty zębów lub zmniejsza ich następstwa. Zabiegi te mają na celu odtworzenie funkcji i estetyki uzębienia. Utracone struktury mogą być odbudowane przy użyciu: koron, licówek, wkładów koronowo-korzeniowych, uzupełnień protetycznych opartych na implantach, mostów (uzupełnienia stałe), protez (uzupełnienia ruchome) lub protez kombinowanych (protezy ruchome połączone z uzupełnieniami stałymi za pomocą zasuw, zatrasków, rygli lub koron teleskopowych). Uzupełnienia stałe są trwale zamocowane w ustach pacjenta; uzupełnienia ruchome powinny być wyjmowane przez pacjenta w celu wykonania zabiegów higienicznych i na czas nocnego odpoczynku.

Zaniechanie leczenia protetycznego skutkuje pochylem zębów otaczających lukę, skutkiem czego zmiana osi obciążenia zęba, co powoduje jego przeciążenie, utrudnia zabiegi higieniczne oraz zwiększa ryzyko choroby przyzębia. Ząb znajdujący się nad lub pod luką (dotyczy to zębów górnych, jak i dolnych) ulega biernemu wyrzynaniu. Powoduje to zaburzenia zgryzowe, utrudnia późniejsze leczenie protetyczne oraz zwiększa ryzyko utraty tego zęba. Obecność braków zębowych powoduje nierównomierny rozkład sił generowanych w czasie żucia – przeciążenie istniejącego uzębienia. Objawami przeciążenia mogą być pęknięcia koron lub korzeni, rozchwianie zębów, recesja dziąseł oraz dolegliwości ze stawu skroniowo-żuchwowego. Zaniechanie leczenia protetycznego może wiązać się z trwałą zmianą wyglądu estetycznego dolnego odcinka twarzy – zaburzenie proporcji twarzy, pogłębienie bruzd nosowargowych, bruzdy brodkowo-wargowej oraz przebudowę stawu skronowo-żuchwowego. Wieloletnie zaniechanie wykonania odbudowy protetycznej utrudnia (a czasem wręcz uniemożliwia) uzyskanie zadowalających efektów estetycznych i funkcjonalnych oraz wiąże się z trudniejszym i dłuższym okresem adaptacji do uzupełnień protetycznych. Zaniechanie leczenia wiąże się z większym ryzykiem powikłań przyszłego leczenia oraz wymaga dodatkowych bardzo specjalistycznych i kosztownych zabiegów medycznych.

**Przygotowanie do leczenia protetycznego:** Integralną częścią leczenia jest wstępna kontrola i ewentualne leczenie zachowanego uzębienia. Przygotowanie polega na: kontrolnym badaniu RTG; ewentualnym leczeniu próchnicy lub chorób miazgi (leczenie kanałowe); ewentualnym usunięciu zębów niekwalifikujących się do leczenia; usunięciu złogów nazębnych; wprowadzeniu odpowiednich nawyków higienicznych. Niekiedy dodatkowo, konieczne jest przedprotetyczne leczenie chirurgiczne (wycięcie przerośniętej błony śluzowej, wyrównanie kości wyrostka), a także leczenie ortodontyczne.

Leczenie protetyczne może wymagać zdjęcia dotychczas użytkowanych koron, mostów lub wkładów koronowo-korzeniowych zanim lekarz będzie mógł wykonać nowe uzupełnienie protetyczne. Należy liczyć się z tym, że jest to procedura nieodwracalna i najczęściej łączy się ze zniszczeniem uzupełnienia stałego. W trakcie zabiegu lekarz przecina lub zbija koronę lub most z zęba. Powoduje to dyskomfort, a w trakcie zabiegu może dojść do: ukruszenia zęba lub materiału znajdującego się pod koroną, złamania zęba, zwłknięcia zęba, usunięcia zęba rozchwianego, nieumyślnego uszkodzenia miazgi, co prowadzi do konieczności leczenia kanałowego. Wymienione powikłania mogą powodować zmianę koncepcji pracy protetycznej lub wykonanie dodatkowych czynności, co podwyższa koszt leczenia.

**Korony:** wykonanie korony protetycznej łączy się z koniecznością oszlifowania zęba – zostanie on pomniejszony o grubość, jaką będzie zajmowała przyszła korona – jest to zabieg nieodwracalny. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualnie zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego. Po oszlifowaniu, pobierany jest wycisk i następuje dobranie koloru przyszłej korony. Ząb zostanie zaopatrzony koroną tymczasową, która na jednej z kolejnych wizyt zostanie zastąpiona koroną docelową, wykonaną w laboratorium protetycznym. Jeżeli korona wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia, w takim przypadku konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową. Korony protetyczne mogą być również osadzone na implantach.

**Wkłady koronowo-korzeniowe:** wykonanie wkładu koronowo-korzeniowego zalecane jest w przypadku znacznego zniszczenia korony zęba. Niezbędne staje się przeprowadzenie leczenia kanałowego. Część materiału wypełniającego kanał zostanie usunięta i zastąpi ją struktura wkładu, na bazie którego zostanie odbudowany również zrąb korony. Zależnie od metody leczenia wkład koronowo-korzeniowy może być osadzony podczas tej samej wizyty lub konieczne będzie pobranie wycisku i wkład (wykonany w laboratorium protetycznym) zostanie osadzony w czasie kolejnej wizyty. Podczas usuwania materiału wypełniającego kanał, istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia, ekstrakcja zęba. Po wykonaniu wkładu koronowo-korzeniowego przystępuje się do wykonania korony protetycznej lub mostu.

**Implanty zębowe** to tytanowe elementy zastępujące korzeń brakującego zęba, umieszczone bezpośrednio w kości. Górna część widoczna w dziąśle stanowi podstawę nośną dla uzupełnienia protetycznego imitującego ząb (korona) lub jest filarem uzupełnienia stałego (mostu) bądź też uzupełnienia ruchomego, które pozwalają na znaczne odtworzenie warunków zgryzowych po utracie lub braku zęba lub zębów. Wszczepienie implantu jest zabiegiem chirurgicznym i wymaga niekiedy dodatkowego leczenia i przygotowania chirurgicznego. Implantacja wymaga odrębnych wyjaśnień i odrębnej zgody pacjenta.

**Most protetyczny:** wykonuje się go w celu odbudowy utraconego zęba lub zębów. Sztuczna korona zęba dowieszona jest pomiędzy zębami własnymi pacjenta ograniczającymi miejsce tego brakującego. Zęby te – tzw. filary – wymagają oszlifowania (przygotowania pod korony

protetyczne) lub wykonania wkładów koronowo-korzeniowych, a następnie oszlifowania pod korony. Reasumując, aby odbudować brak 1. zęba konieczne jest wykonanie 3-elementowej odbudowy: dwa zęby filarowe + przęsło mostu = korona odbudowująca utracony ząb. Może istnieć konieczność wykonania rozleglejszych (wielopunktowych) mostów w zależności od ilości i rozmieszczenia braków zębowych. Niebezpieczeństwo powikłań jest takie same jak przy wykonywaniu koron protetycznych lub wkładów koronowo korzeniowych. Filarom dla mostu może być również implant.

**Mosty adhezyjne:** w celu uniknięcia konieczności szlifowania często zdrowych tkanek zęba, w przypadku pojedynczych braków zębowych, szczególnie w odcinku przednim, można zastosować system mostów adhezyjnych, które przy użyciu materiału kompozytowego są przytwierdzone do powierzchni językowych (wewnętrznych) zębów sąsiednich, po ich wcześniejszym wytrawieniu. Most adhezyjny może się odkleić w przypadku słabych warunków klinicznych lub w sytuacji nie przestrzegania zaleceń dotyczących obciążenia mechanicznego. Zła higiena jamy ustnej może prowadzić do próchnicy w miejscach bezpośrednio przylegających do mostu adhezyjnego.

**Protezy:** w zależności od liczby brakujących zębów wykonywane są protezy całkowite (gdy pacjent nie ma własnych zębów) lub częściowe (kiedy zachowana jest część uzębienia). W zależności od wskazań leczniczych i sugestii pacjenta, proteza może być wykonana z różnych materiałów: akrylu, metalu i akrylu, acetalu, nylonu. Proteza może utrzymywać się jedynie poprzez kontakt z błoną śluzową (proteza osiadająca) lub wykorzystywać zachowane zęby przenosząc na nie ciężar działających sił – proteza szkieletowa. Niezależnie od typu protez ich wykonanie wymaga kilku wizyt. Po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustępują pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza. W zależności od wskazania lekarza protezy mogą wymagać wyjmowania z ust na czas nocnego odpoczynku oraz wykonywania odpowiednich zabiegów higienicznych.

Po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do wizyt kontrolnych wraz z wykonaniem zdjęcia RTG w terminach zaleconych przez lekarza. Jednorazowe leczenie protetyczne nie jest wystarczające na całe życie. W każdym przypadku wymagane są okresowe kontrole oraz ewentualne korekty i zmiany, m.in. z uwagi na: zmiany zachodzące w organizmie pacjenta (wiek, stan zdrowia, braki w uzębieniu, postępujący zanik kości i tkanek miękkich), zużycie materiałów i niewłaściwą higienę. Ww. korekty i zmiany są konieczne m.in. ze względów: zdrowotnych, w tym zachowania funkcji leczenia protetycznego, oraz estetyki i fonetyki.

Niekorzystne następstwa leczenia protetycznego to m.in.:

1. w przypadku uzupełnień opartych na własnych zębach pacjenta, konieczne jest oszlifowanie zębów wspierających uzupełnienie (filarów), korony zostaną pomniejszone o grubość przyszłego uzupełnienia protetycznego – jest to zabieg nieodwracalny; na oszlifowane zęby będą założone korony bądź licówki;
2. po oddaniu gotowej protezy mogą wystąpić dolegliwości bólowe, które ustępują pod wpływem korekty lub kilku korekt wykonanych przez lekarza, co wymaga od pacjenta zgłaszania się na dodatkowe wizyty u lekarza;
3. w okresie dopasowania uzupełnienia mogą wystąpić dolegliwości bólowe jamy ustnej i głowy, wrażenie braku miejsca dla języka, trudności podczas mówienia i jedzenia;
4. leczenie wymaga kilkakrotnych wizyt.

#### **RYZYKO ZWIĄZANE Z LECZENIEM PROTETYCZNYM I POWIKŁANIA**

1. W czasie szlifowania może dojść do obnażenia miazgi, wtedy konieczne będzie przeprowadzenie leczenia kanałowego i ewentualne zastosowanie wkładu koronowo-korzeniowego, co będzie wiązać się z dodatkowymi kosztami.
2. Jeżeli korona lub licówka wykonana jest na żywym zębie, z czasem może dojść do jego obumarcia – konieczne będzie więc przeprowadzenie leczenia kanałowego, co łączy się z naruszeniem korony i koniecznością jej wymiany na nową.
3. W przypadku stosowania wkładów koronowo-korzeniowych, podczas usuwania materiału wypełniającego kanał istnieje ryzyko perforacji (przedziurawienia) ściany korzenia – konieczny będzie wtedy zabieg zamknięcia perforacji, a w razie niepowodzenia ekstrakcja (usunięcie) zęba.
4. Mogą wystąpić również: ból zęba lub tkanek otaczających i głowy, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem oraz konieczność przyjmowania leków (mogących mieć wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także skutkować powikłaniami u kobiet w ciąży).
5. Szczękościsk.
6. Pęknięcie, złamanie zęba.
7. Obrzęk, ropień, krwiak.
8. Krwawienie po ewentualnym zabiegu chirurgicznym.
9. Problemy natury estetycznej.
10. Problemy z jedzeniem i mówieniem.
11. Nieprzewidziane wcześniej leczenie kanałowe.
12. Nieplanowana ekstrakcja zęba i dodatkowe leczenie protetyczne.
13. Zdarza się, że organizm pacjenta nie toleruje protezy lub protezy nie wytrzymują sił zgryzowych, a wtedy konieczne jest zastosowanie innych metod leczniczych i poniesienie dodatkowych, nieplanowanych wcześniej kosztów.
14. Ewentualne, powtórne leczenie protetyczne wiąże się ze zwiększonym ryzykiem powikłań i kosztami, a także z ograniczeniami, co do zastosowania możliwych rozwiązań i metod leczenia oraz większymi trudnościami w uzyskaniu zadowalającego dla pacjenta efektu.

Zapoznałem/-am się z informacją dotyczącą leczenia protetycznego.

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

.....  
Podpis i pieczęć lekarza dentystry; data

**PLAN LECZENIA**

**Etap I – postępowanie przygotowawcze**

**Procedura**

1. Mock-up

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

2. Wax-up

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

3. Higienizacja

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

4. RTG/CBCT

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

5. Leczenie zachowawcze

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

6. Leczenie endodontyczne lub reendodontyczne

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

7. Ekstrakcja

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

8. Zabiegi chirurgiczne

zęb: .....  
 uwagi: .....  
 koszt: .....

**Etap II – protetyka**

Zęb	Procedura lecznicza	Koszt procedury	Uwagi
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ŁĄCZNY KOSZT: .....

**I etap: mock-up i jego akceptacja**

AKCEPTACJA mock-up/ wax-up/ UWAGI  
 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 pieczęć lekarza dentystry; data

**II etap: przygotowanie zębów, wyciski**

**III etap: praca – przymiarka i akceptacja**

.....  
 .....



**AKCEPTACJA PRACY**

Przymiarka/ praca na surowo

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

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

**AKCEPTACJA PRACY**

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

**V etap – kontrola pracy zacementowanej po ..... dniach**

**AKCEPTACJA OSTATECZNA PRACY**

Akceptuję: funkcja TAK/NIE

Proszę zakreślić poprawną decyzję

Jeśli wybrano „NIE” należy wskazać dlaczego:

.....  
.....

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

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

**KOSZTY:**

Koszt wykonania wyżej określonej pracy protetycznej wynosi: .....zł brutto

Koszty te mogą ulec zmianie, gdy .....

Etap pierwszy - kwota, tj. .... płatna przed rozpoczęciem I etapu.

Etap drugi - zaliczka, tj. .... płatna przed rozpoczęciem II etapu.

Pozostała kwota, tj. .... płatna po akceptacji pracy surowej, czyli etap trzeci - w terminie 3 dni.

Warunkiem rozpoczęcia poszczególnych etapów jest terminowa zapłata, w przypadku jej braku, etap, który nie został opłacony zostaje wstrzymany, a wszelkie konsekwencje medyczne z tego tytułu obciążają wyłącznie pacjenta. Niniejszym oświadczam, że akceptuję koszty i sposób ich zapłaty.

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

**KONTROLE I INFORMACJA O HIGIENIE**

Po ostatecznym zacementowaniu PRACY pacjent ma obowiązek stawiać się na kontrole oraz na zabiegi higienizacyjne:

1. Pierwsza kontrola: ..... dni od daty zacementowania ostatecznego PRACY.

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 została wyznaczona na dzień: .....

Zabiegi higienizacyjne: ..... co 6 miesięcy.

Pierwsza higienizacja została wyznaczona na dzień: .....

**ZALECENIA HIGIENIZACYJNE**

Lekarz wyjaśnił i pokazał, w jaki sposób należy dbać o pracę protetyczną wykonaną u pacjenta. Pacjent został poinstruowany: w jaki sposób czyścić korony / mosty / protezy, o częstotliwości czyszczenia, zalecanych środkach higienicznych oraz o zalecanym sprzęcie do higieny codziennej.

Brak przestrzegania: zaleceń lekarza, 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*

