

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

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

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry niniejszym wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne – **bonding kompozytowy 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 śródwładźowego 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"):

Bonding kompozytowy zębów jest małoinwazyjnym zabiegiem stomatologicznym polegającym na osadzeniu światłoutwardzalnego materiału kompozytowego na powierzchni zęba/-ów. W większości przypadków jest to proces w pełni odwracalny, a bondingi są możliwe do zdemontowania w każdym czasie.

Jednocześnie bonding kompozytowy zębów wykonywany bezpośrednio w ustach pacjenta jest JEDYNIEM TYMCZASOWĄ formą odbudowy zębów startych/krótkich/wąskich/płaskich/zrotowanych/ukruszonych itp. i NIE jest tak trwały jak wykonane we współpracy z pracownią protetyczną licówki kompozytowe/porcelanowe bądź overlay'e kompozytowe/porcelanowe.

Bonding kompozytowy zębów może być traktowany jako praca docelowa JEDYNIEM w sytuacji braku zgody pacjenta na wykonanie laboratoryjnych prac protetycznych LECZ przy jednoczesnym braku współistniejących czynników osłabiających bondingi kompozytowe wymienionych poniżej.

W odróżnieniu od laboratoryjnych prac protetycznych jest on zdecydowanie mniej trwały i awaryjny, o czym Pacjent został poinformowany.

Do czynników osłabiających bondingi kompozytowe zalicza się:

- niewyleczone wady zgryzu;

- nieuważane i niekontrolowane przez pacjenta parafunkcje (tj. bruksizm, obgryzanie paznokci, nagryzanie długopisów itp.);

- węzły urazowe.

Wszystkie te sytuacje przyczyniają się do większej awaryjności bondingów, a w niektórych przypadkach w ogóle uniemożliwiają ich wykonanie.

W celu zwiększenia trwałości bondingów kompozytowych lekarz prowadzący może nakazać pacjentowi zastosowanie szyny, bądź pary szyn relaksacyjnych, zabezpieczających wykonane prace przed nadmiernym starciem, złamaniem itp.

Wykonane bondingi kompozytowe mogą ulec z czasem ścieraniu, przebarwieniom, pękaniu i innym rodzajom awarii, co jest wynikiem ich ciągłej eksploatacji, na które lekarz wykonujący tego typu prace nie ma wpływu.

Bonding kompozytowy zębów objęty jest 2-letnią gwarancją, pod warunkiem zgłaszania się pacjenta na obowiązkowe wizyty kontrolne co 6 miesięcy.

Gwarancję na wykonane bondingi kompozytowe pacjent traci w sytuacji:

- niezgłaszania się na zaplanowane wcześniej przez lekarza prowadzącego wizyty kontrolne;

- braku dostatecznej higieny i dbałości pacjenta o stan bondingów;

- świadomego narażenia bondingów na przeciążenia zgryzowe spowodowane parafunkcjami, tj. bruksizm, nagryzanie długopisów, obgryzanie paznokci itp.;

- świadomego niestosowania przez pacjenta szyny bądź szyn relaksacyjnych zabezpieczających wykonane prace.

W sytuacji wystąpienia powyższych czynników pacjent zobowiązuje się do naprawy prac i pokrycia kosztów z tym związanych.

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 wykonaniu bondingów.
3. Każdy etap dotyczący estetyki pracy, tj. doboru koloru, kształtu i ustawienia zębów zostanie zatwierdzony przeze mnie, jako zgodny z moimi oczekiwaniami. Jeżeli po tym fakcie, chciałbym dokonać zmian w kolorze lub formie bondingów, 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 bondingów zęba/zębów, 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 przerwy w trakcie leczenia, mogą zmienić się warunki mojego zdrowia i uzębienia. Zwłoka lub przerwa w leczeniu spowoduje, że prace będą musiały być wykonane od początku. W przypadku zwłoki lub przerywania 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 przerywania przeze mnie rozpoczętego leczenia.
10. W przypadku różnic pomiędzy rekomendowanym i zaakceptowanym/wybranym 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.
12. 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 wskazanego w niniejszej zgodzie przez lekarza wskazanego powyżej.

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty; data

RYZYKO ZWIĄZANE Z LECZENIEM I POWIKŁANIA

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.

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

Zmiana koloru własnego zęba może spowodować wrażenie, że bonding zmieni odcień.

Przeciwwskazania do wykonania bondingów. Do najczęstszych przeciwwskazań 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

Po wykonanym zabiegu 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. Nie powinno się również odgryzać twardych kawałków jedzenia.

Należy dbać o higienę zębów i jamy ustnej, ponieważ próchnica może pojawiać się również na zębach z bondingami. 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.

MOŻLIWE POWIKŁANIA

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

Zapoznałem/-am się z powyższymi informacjami.

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