

UMOWA / ZGODA NA ZABIEG IMPLANTACYJNY (OKOŁOIMPLANTACYJNY)

1. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o technice, celowości, następstwach i ewentualnych powikłaniach zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych/ implantologicznych i rozumiem przebieg postępowania chirurgicznego.
2. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowaliśmy się wspólnie na leczenie przedstawione w planie leczenia i według przedstawionego kosztorysu.
3. Zapewniono mnie, że leczenie tą metodą jest szeroko praktykowane w świecie.
4. Wyjaśniono mi również, iż postępowanie to nie zawsze gwarantuje stałe utrzymanie implantów, bowiem w niewielkim procencie przypadków i w różnym czasie może dojść do ich utraty. Poinformowano mnie o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia. W przypadku niepowodzenia implant musi być natychmiast usunięty. Czas usunięcia określi lekarz.
5. Wyjaśniono mi ryzyko związane z zabiegiem. Wiem, że mogą wystąpić powikłania, jak przy każdym zabiegu chirurgicznym, przy każdym znieczuleniu miejscowym lub przy dodatkowym podawaniu leków (obrzęki, bóle infekcyjne, zaburzenia czucia, alergiczne reakcje na leki lub środki miejscowo znieczulające).
6. Rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wiem, że dopiero podczas zabiegu może okazać się konieczne poszerzenie jego zakresu lub zmiana zaplanowanych etapów, co wiąże się z dodatkowymi kosztami. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG. Decyzje wyboru rodzaju implantu pozostawiam zespołowi lekarskiemu. Producent implantów oraz każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru, kształt, forma uzupełnienia zostanie ze mną ustalona i ostateczne wykonanie pracy nastąpi po mojej akceptacji.
7. Wyjaśniono mi, że wykonanie rekonstrukcji protetycznej na implancie, po odpowiednim okresie osteointegracji implantu, wymaga minimum dwóch wizyt i potrwa minimalnie dwa tygodnie.
8. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia oraz rękojmi jest przestrzeganie zaleceń dotyczących postępowania po zabiegu, utrzymanie prawidłowej higieny jamy ustnej, utrzymanie reżimu higienicznego w tym profesjonalne zabiegi higienizujące w pierwszym roku po implantacji nie rzadziej niż co 3 miesiące a w kolejnych latach co 6 miesięcy i zgłaszanie się na badania kontrolne co 3 miesiące. Zgadzam się na kontakt telefoniczny ze strony gabinetu w celu umówienia terminu powyższych zabiegów. Konieczne jest również usunięcie osadów oraz kamienia nazębnego krótko (nie dalej niż tydzień) przed zabiegiem implantacji
9. Ujawniłem/łam wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. O wszelkich zmianach w/w natychmiast powiadomię lekarza prowadzącego.

10. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG i fotografii podczas zabiegów i po ich zakończeniu.
11. Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg.
12. Przed rozpoczęciem leczenia Pacjent wpłaca nie mniej niż 50%umówionej kwoty tytułem zadatku.
13. Ostateczne rozliczenie pracy następuje w dniu oddania pracy protetycznej.
14. Honorarium za leczenie wynosi:

Prosimy o wpłatę na rachunek bankowy (uznanie na naszym rachunku dwa dni przed zabiegiem).

15. W przypadku rezygnacji z zabiegu później niż 24 godziny przed umówionym terminem, z należnej za zabieg kwoty zostanie potrącone 20% sumy tytułem poniesionych kosztów przygotowania gabinetu do zabiegu i czasu pracy personelu.

Niniejszym świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na leczenie:

Miejscowość, data,

Podpis lekarza

Imię i nazwisko pacjenta
(prosimy literami drukowanymi)

Podpis pacjenta

(Prosimy o parafowania wszystkich stron)