



ZGODA NA PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE

Zgodnie z art. 32 - 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2023r. poz. 1516 z póź. zm.) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. z 2023r. poz. 1545 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*** na wykonanie dla:

Dane ucznia/pacjenta:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia Płeć..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

*Dane opiekuna ustawowego**:*

Nazwisko i imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tel.

Stopień pokrewieństwa: Matka ☐ Ojciec ☐ Opiekun prawny ☐

Imię i Nazwisko drugiego Rodzica***:

profilaktycznych świadczeń stomatologicznych przez lekarzy dentystów pracujących w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. (MCM), na podstawie zawartego Porozumienia z Dyrektorem Szkoły a Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

- o tym, że zabiegi profilaktyczne mają na celu zapobieganie powstawania próchnicy zębów oraz utrzymania odpowiedniej kondycji dziąseł (przyzębia), co jest podstawowym elementem w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej. Do podstawowych zabiegów profilaktycznych należą: – usuwanie kamienia, lakowanie zębów oraz fluoryzacja;
- o tym, iż w ramach profilaktyki jest wykonywane lakierowanie zębów, czyli pokrycie ich preparatem fluorkowym, gdzie w przypadku nie wyrażenia zgody na dane świadczenie, prosimy o umieszczenie tej adnotacji w informacjach dodatkowych;
- o tym, że skaling, czyli usuwanie kamienia polega na usunięciu twardych złogów, potocznie nazywanych kamieniem przy użyciu ultradźwięków, a następnie polerowanie powierzchni zęba;
- o tym, że w trakcie zabiegów higienizacyjnych może dojść do utraty nieuszczelnego wypełnienia;
- o tym, że w przypadku stwierdzenia problemów z uzębieniem lub z przyzębieniem zostanie przekazana informacja o danym problemie i dalszym postępowaniu;
- o tym, że po wykonanym zabiegu higienizacyjnym może wystąpić czasowa nadwrażliwość zębów i dziąseł, oraz przejściowy stan zapalny dziąseł;
- o tym, że pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w terminach zaleconych przez lekarza lub higienistkę stomatologiczną, nie dłuższych niż 6 miesięcy.

Wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu Pacjenta.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia ucznia/pacjenta. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem/-am wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Informacje dodatkowe:

.....
.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data, czytelny opiekun ustawowego** i Pacjenta pow. 16 r.ż.

*niepotrzebne skreślić

** wypełnić dla pacjentów poniżej 18 r.ż.

*** wypełnić, jeśli dotyczy