



## ZGODA NA PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE

Zgodnie z art. 32 - 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późn. zm.) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*** na wykonanie dla:

*Dane ucznia/pacjenta:*

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia ..... Płeć..... PESEL 

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

Adres zamieszkania .....

**profilaktycznych świadczeń stomatologicznych** przez lekarzy dentystrów 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 nieszczelnego 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.

Jestem świadomy/-a, że świadczenie zdrowotne udzielane jest w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 oraz o istniejącym ryzyku zakażenia, pomimo zastosowania koniecznych środków ochrony.

Informacje dodatkowe:

.....  
.....

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
data, czytelny podpis Pacjenta i/lub opiekuna ustawowego

\*niepotrzebne skreślić