

## UMOWA / ZGODA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Ja, ..... ur. ....

wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia zachowawczego i protetycznego u mnie (mojego syna /  
mojej córki).

.....ur. ....

1. Zostałem(łam) poinformowany(a) o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych. Wszystko zostało mi wyjaśnione przystępnie i wszystko zrozumiałem(łam).
2. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowaliśmy się wspólnie na leczenie przedstawione w załączonym planie leczenia i wg przedstawionego kosztorysu.
3. Rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli śródoperacyjnie wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
4. Rozumiem, że leczenie protetyczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Fundusz Zdrowia. Koszt leczenia w całości pokrywa pacjent.
5. Przed podjęciem leczenia pacjent wpłaca 30% umówionej kwoty tytułem zadatku.
6. Każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru, kształt zębów, forma uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie potwierdzona jako zgodna z moimi oczekiwaniami, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po tym fakcie chciałbym coś zmienić w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.
7. Ostateczne rozliczenie pracy (zapłata całości honorarium) następuje w dniu oddania pracy, PRZED jej zamontowaniem w jamie ustnej. Możliwa jest zapłata honorarium w trzech ratach (miesięcznych) na podstawie osobnej umowy z lekarzem. Możliwa jest również zapłata za leczenie „z góry”, wówczas pacjentowi przyznawany jest rabat w wysokości 5%.
8. Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych niezbędnych do administrowania kartoteką pacjenta. Ujawniłem(łam) ponad to, wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi i nie będą dalej nikomu przekazywane.
9. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG oraz fotografii podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.
10. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.
11. Wiem, że nie sposób przewidzieć czy w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu coś może mnie boleć; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.
12. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszanie się do okresowych badań co 6 miesięcy.

Miejscowość, data

Podpis pacjenta

Podpis lekarza