

Umowa/Zgoda na leczenie kanałowe zęba lub zębów.

Ja, niżej podpisany/a.....

Adres:.....

Telefon:.....

Zostałem/am poinformowany/na. o konieczności leczenia kanałowego oraz o możliwości wystąpienia następujących powikłań i dodatkowego leczenia:

1. Gdy korona zęba jest bardzo zniszczona konieczna jest tymczasowa odbudowa korony przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, co związane jest z dodatkowymi kosztami.
2. Istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia.
3. Istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany kanału, czego następstwem może być konieczność usunięcia zęba.
4. Istnieje ryzyko złamania narzędzia, co uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału.
5. W trakcie leczenia kanałowego mogą wystąpić dolegliwości bólowe, obrzęk, a nawet ropień, może okazać się konieczna interwencja chirurgiczna i/lub antybiotykoterapia.
6. Istnieje ryzyko przepchnięcia pewnej ilości materiału wypełniającego kanał poza jego wierzchołek co może być przyczyną dolegliwości bólowych.
7. W trakcie leczenia kanałowego korona zęba może ulec złamaniu, czego konsekwencją będzie leczenie protetyczne zęba (tj. wkład koronowo-korzeniowy i korona protetyczna) lub chirurgiczne (tj. usunięcie zęba, jeśli linia złamania przebiega w sposób uniemożliwiający leczenie protetyczne).
8. W przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia zmiany te nie ulegną wygojeniu; postępowanie w takich przypadkach polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami, usunięciu całego korzenia lub połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych).
9. Warunkiem powodzenia leczenia kanałowego jest – oprócz szczelnego wypełnienia kanału – także szczelne wypełnienie ubytku, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na duże zniszczenie zęba – wykonanie wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej.

Potwierdzam, że miałem/am sposobność przeczytania i pełnego zrozumienia terminologii i słów zawartych w Umowie/Zgodzie na leczenie kanałowe zęba lub zębów oraz odnoszących się do niej wyjaśnień. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie leczenia. Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według poniższego planu: Zobowiązuję się dostarczyć wyniki badań dodatkowych oraz Rtg, które pozostaną w dokumentacji gabinetu- nie udziela się gwarancji bez uzyskania tych załączników

.....
Przyjęcie tego zobowiązania jest warunkiem uzyskania gwarancji na efekt leczenia, ograniczonej ryzykiem wymienionych wyżej powikłań.

Wspólnie z pacjentem dokonano wyboru następującego leczenia:

.....
Honorarium za leczenie wynosi.....

Z czego połowa płatna jest na pierwszej wizycie ,a reszta na koniec leczenia

.....
Gdynia, dnia..... Podpis pacjenta