

**zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ORTODONTYCZNE APARATEM ZDEJMOWANYM
(dziecko)**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
REGON: 38580640800013**
Kod Res.:000000228432
TULIDENT (kod res. 02)
ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Wrocław, dnia

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

Dane lekarza wykonującego świadczenie zdrowotne:

Opis proponowanego świadczenia zdrowotnego i możliwe powikłania oraz skutki niepożądane:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. LECZENIE ORTODONTYCZNE APARATEM ZDEJMOWANYM

(zgodnie z planem leczenia, stanowiącym załącznik do niniejszego formularza zgody).

Leczenie ortodontyczne aparatem zdejmowanym obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: skorygowanie nieprawidłowości zębowych, nieprawidłowości szkieletowych i wad wyrostkowych szczególnie w trakcie wzrostu młodego pacjenta. Poprzez swoje działanie czynne, czynnościowe lub mechaniczne aparaty wyjmowane stymulują procesy biologiczne mające na celu przebudowę podstaw kostnych i ich wzajemne dopasowanie. Najczęściej leczenie aparatami wyjmowanymi rozpoczyna kilkuetapowy proces terapii ortodontycznej, zakończony zazwyczaj aparatem stałym. Najczęściej adresem leczenia tą metodą jest dziecko z mlecznym i mieszanym uzębieniem (mlecznym i stałym).

OPIS PRZEBIEGU LECZENIA ORAZ POSZCZEGÓLNYCH WIZYT:

- 1) diagnoza na podstawie zgromadzonych danych, ankieta zdrowia pacjenta, badanie przedmiotowe, komplet badań radiologicznych, komplet fotografii wewnątrz i zewnątrzustnych, skan wewnątrzustny;
- 2) przygotowanie aparatu w laboratorium technicznym wg wskazówek lekarza;
- 3) dostosowanie i przekazanie aparatu pacjentowi z precyzyjnym instruktażem posługiwania się aparatem, nauką rozkręcania i pielęgnacji w obecności przedstawiciela ustawowego (dotyczy dzieci);
- 4) faza aktywna – leczenia wizyty kontrolne zgodnie z wyznaczonym harmonogramem;
- 5) faza retencyjna lub kolejny etap leczenia aparatami stałymi.

Możliwe powikłania i skutki niepożądane leczenia ortodontycznego aparatem zdejmowanym:

Nadwrażliwość i dolegliwości bólowe – w trakcie leczenia może wystąpić przejściowe podrażnienie dziąseł, policzków, podniebienia, warg i języka. Aparat zawsze zaburza mowę i powoduje seplenie, może także powodować tymczasowe nasilenie wydzielania śliny lub suchość w ustach.

Odwapnienie i próchnica zębów – w miejscach przylegania aparatu do zębów, przy niedostatecznej higienie istnieje zagrożenie zwiększonego ryzyka wystąpienia na tych powierzchniach odwapnień, a w konsekwencji próchnicy.

Zmiany w przyzębiu i tkankach miękkich - przerosty i krwawienia dziąseł, otarcia warg, policzków i języka – są zazwyczaj krótkotrwałe i przemijające.

Rozchwianie zębów - ortodontyczne przemieszczenie zębów odbywa się poprzez przebudowę kości i związaną z tym przejściową ruchomością zębów. Najczęściej dotyczy to zębów mlecznych, które w trakcie terapii ulegają samoistnemu usunięciu.

Połknięcie lub zaaspirowanie elementów ortodontycznych - podczas codziennego użytkowania aparatu może dojść do poluzowania i przypadkowego połknięcia lub zaaspirowania elementu aparatu ortodontycznego, a w przypadku małych aparatów nawet całego aparatu. Aspiracja do dróg oddechowych wymaga natychmiastowej pomocy w celu ułatwienia wykrztuszenia elementu lub – w przypadku niepowodzenia – wezwania pogotowia ratunkowego.

Brak oczekiwanego efektu przy braku lub złej współpracy - do efektywnego leczenia niezbędna jest intensywna współpraca pacjenta, u dzieci dodatkowo wspomaganą przez rodziców lub opiekunów. Niezbędne jest przestrzeganie zaleceń lekarza i terminów wyznaczonych wizyt. Przy braku/złej współpracy należy liczyć się z niezrealizowaniem przyjętego planu leczenia, wydłużającym się czasem leczenia lub koniecznością przerwania leczenia lub wdrożenia dodatkowych procedur medycznych.

Brak oczekiwanego efektu leczenia – przy zachowaniu maksymalnej jakości współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem w rzadkich przypadkach dochodzi do niepowodzenia w leczeniu polegającego na niemożności uzyskania zaplanowanych celów terapeutycznych. Brak satysfakcjonujących postępów w leczeniu może wymagać zmiany planu leczenia lub zakończenia leczenia bez zrealizowania przyjętego planu leczenia. Nie sposób przewidzieć wszystkich następstw leczenia aparatem zdejmowanym. Nawet standardowe i sprawdzone procedury mogą wywołać nieprzewidziane reakcje.

Wydłużanie się czasu leczenia - leczenie ortodontyczne jest procesem długotrwałym. Zaplanowany czas leczenia może się zmienić (skrócić lub wydłużyć) z powodu osobniczej podatności na leczenie, możliwości przebudowy i regeneracji kości, zmiennych warunków zdrowotnych, braku/złej współpracy pacjenta czy nowo zaistniałych problemów. Sukces leczenia jest szczególnie zależny od wzorowej współpracy pacjenta.

Alergia – możliwe jest wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia, co wymaga zmiany aparatu na aparat wykonany z materiału niealergizującego. Alergia zazwyczaj przybiera obraz pieczenia, drętwienia, metalicznego posmaku, przerostów dziąseł, miejscowego stanu zapalnego tkanek miękkich jamy ustnej.

**zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ORTODONTYCZNE APARATEM ZDEJMOWANYM
(dziecko)**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
REGON: 38580640800013**

Kod Res.:000000228432

TULIDENT (kod res. 02)

ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

**zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ORTODONTYCZNE APARATEM ZDEJMOWANYM
(dziecko)**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
REGON: 38580640800013**
Kod Res.:000000228432
TULIDENT (kod res. 02)
ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia. Powyżej 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.

Dodatkowe uwagi:

.....

Oświadczenia przedstawiciela ustawowego pacjenta:

Oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia pacjenta według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- o wszelkich zmianach stanu zdrowia pacjenta zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - o stanie zdrowia pacjenta;
 - o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
- w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w trakcie leczenia konieczne są wizyty, które zalecane są co 4-8 tygodni (chyba, że lekarz zaleci inaczej);
 - w trakcie leczenia pacjent zobowiązany jest do zachowania prawidłowej higieny jamy ustnej;
 - efekt leczenia aparatem zdejmowanym może być uzyskany wyłącznie w sytuacji, kiedy pacjent będzie stosował się do zaleceń lekarza;
 - w trakcie leczenia ortodontycznego istnieje konieczność wykonania badań radiologicznych niezbędnych dla bezpiecznego przebiegu procesu terapeutycznego;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których przedstawiciel ustawowy pacjenta zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;

o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

.....
oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;

- o możliwości zaniechania leczenia ortodontycznego aparatem zdejmowanym i konsekwencjach z tej decyzji wynikających;
- o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia ortodontycznego aparatem zdejmowanym, a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
- zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
- o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- zapoznałem/am się z treścią planu leczenia, który stanowi załącznik do niniejszego formularza zgody, w pełni go akceptuję i nie wnoszę do niego żadnych uwag;
- mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego i zostałem poinformowany o konsekwencjach podjęcia takiej decyzji;
- zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

**zgoda przedstawiciela ustawowego na leczenie
ORTODONTYCZNE APARATEM ZDEJMOWANYM
(dziecko)**

Data wydruku: 21-03-2022

**ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,
REGON: 38580640800013**
Kod Res.:000000228432
TULIDENT (kod res. 02)
ESTETIQUE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Burakowska 5/7, 01-066 Warszawa

Zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych:
leczenie ortodontyczne aparatem zdejmowanym (zgodnie z planem leczenia, stanowiącym załącznik do niniejszego formularza zgody)

Załącznik: plan leczenia z dnia

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta, o którym mowa w pkt I i mam prawo wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego objętego tym formularzem:.....

.....
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta

Informacja w zakresie warunków realizacji świadczenia zdrowotnego

Przewidywane koszty leczenia ortodontycznego APARATEM ZDEJMOWANYM:
(w powyższych kosztach nie są uwzględnione koszty wizyt kontrolnych oraz leczenia retencyjnego/aparatem stałym, którego zakres zostanie uzgodniony z przedstawicielem ustawowym pacjenta po ewentualnym zakończonym leczeniu aparatem zdejmowanym)

Warunki płatności : Płatność następuje po wykonanej usłudze.

Oświadczenia przedstawiciela ustawowego pacjenta.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

- zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
- przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu nie zostały uwzględnione w ww. kosztach leczenia i nie obciążają podmiotu leczniczego;
- podczas noszenia aparatu wyjmowanego może dochodzić do złamań, pęknięć, uszkodzeń elementów retencyjnych, zablokowania śruby, niedopasowania aparatu z powodu przerwy w noszeniu;
- rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
- mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarza.

.....
(data, podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)

Zgoda na ujawnienie tajemnicy lekarskiej.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....
(data, podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)