

**Zgoda Pacjenta na leczenie zaburze zgryzu
(szynoterapie)**

Data wydruku: 30-05-2023

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,

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ZABURZEŃ ZGRYZU (SZYNOTERAPIĘ)

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. LECZENIE ZABURZEŃ ZGRYZU (SZYNOTERAPIĘ)

Leczenie zaburzeń zgryzu (szynoterapia) obejmuje następujące czynności i ma następujący cel:

Szynę relaksacyjną stosuje się głównie u osób mających problemy ze zgryzaniem zębami i ich zaciskaniem, czego wiodącym objawem będzie postępujące starcie zębów. Tego rodzaju zaburzenie funkcji (tzw. parafunkcja) narządu żucia oprócz widocznych uszkodzeń szkliwa lub odprysków w uzupełnieniach protetycznych prowadzi z czasem do innych objawów, takich jak poranna sztywność mięśni twarzy, trudności z szerokim otwieraniem ust, kliknięcia i trzaski w stawach skroniowo-żuchwowych, bóle głowy, napięcie i bóle szyi, ramion czy kręgosłupa. Dzięki stosowaniu szyny o odpowiednio ukształtowanej przez lekarza powierzchni kontaktu z zębami przeciwstawnymi, stopniowo dochodzi do relaksacji mięśni żujących. W rezultacie szyna pełni rolę leczniczą i ochronną. U osób z silnym nawykiem zaciskania/zgryzania zaleca się dożywotnie stosowanie szyny na okres snu. W przypadku pacjentów, u których należy wykonać deprogramację (prawidłowe ustawienie szczęki górnej w stosunku do szczęki dolnej), najczęściej przed planowanym leczeniem specjalistycznym (np. protetycznym, ortodontycznym) przedstawiony zostanie indywidualny plan wizyt kontrolnych.

Rozpoczynając leczenie szyną pacjent powinien użytkować szynę podczas snu (w niektórych przypadkach lekarz może wydać indywidualne zalecenia) i zgłaszać się na wizyty kontrolne, podczas których lekarz modyfikuje powierzchnię szyny zgodnie z postępującymi zmianami w jamie ustnej. Pierwsza kontrola następuje po tygodniu, kolejna najczęściej po miesiącu i po 3 miesiącach. Następne wizyty kontrolne są ustalane indywidualnie, najczęściej co 6-9 miesięcy lub w przypadku dolegliwości ze strony pacjenta.

W bardzo rzadkich przypadkach leczenie szyną może nie przynieść spodziewanych efektów, a nawet wywołać inne objawy. W takiej sytuacji terapia może zostać przerwana lub ulegnie modyfikacji. Podczas leczenia pacjent jest zobowiązany do informowania lekarza o wszystkich nowych objawach oraz pojawiających się problemach np.: urazach, zmianach diety, rozpoznaniu innych chorób, przyjmowaniu leków. Szynoterapia może wiązać się z wystąpieniem powikłań takich jak: nadwrażliwość zębów, zapalenie miazgi zęba, zapalenie dziąseł, możliwość wystąpienia reakcji alergicznej na zastosowane narzędzia/materiały, w tym na materiał, z którego wykonane są szyny.

W miarę użytkowania szyny ulegają naturalnemu zużyciu. Okres zdatności do użytkowania jest uzależniony od indywidualnych cech pacjenta i stopnia zaburzeń zgryzu. W wypadku zużycia szyny, zaleca się wykonanie nowej szyny.

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: ...

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie – w terminach zaleconych przez lekarza;
 - w trakcie leczenia zaburzeń zgryzu (szynoterapii) istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich lub/i tomograficznych;
 - w trakcie leczenia należy bezwzględnie stosować się do zaleceń lekarza, a w szczególności do zaleceń dotyczących postępowania z szyną;

Zgoda Pacjenta na leczenie zaburze zgryzu (szynoterapię)

Data wydruku: 30-05-2023

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

• w trakcie leczenia należy bezwzględnie przestrzegać wyznaczonych terminów wizyt – w przeciwnym przypadku czas leczenia może ulec znaczącemu wydłużeniu lub nie przynieść oczekiwanych efektów, a w rzadkich przypadkach zwiększyć dolegliwości ;

• plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent 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 12 miesięcy;

d) o zasadach używania i pielęgnacji szyny, które zostały mi wydane w formie pisemnej informacji;

e) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

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

f) o możliwości zaniechania leczenia zaburzeń zgryzu (szynoterapii) oraz jego konsekwencjach;

g) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia zaburzeń zgryzu (szynoterapii) a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;

h) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;

i) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;

5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;

6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;

7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;

8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :

leczenie zaburzeń zgryzu (szynoterapię)

leczenie zaburzeń zgryzu (szynoterapię z deprogramacją)

.....
.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
.....
data i czytelny podpis pacjent

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA: SZYNA:

KOSZT WIZYT KONTROLNYCH - ZGODNIE Z AKTUALNYM CENNIKIEM.

2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność za leczenie następuje po wizycie.

3) OŚWIADCZENIA PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;

2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;

3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;

4. rozumiem, że w przypadku naturalnego zużycia się szyny, wykonanie kolejnej szyny następuje na koszt pacjenta;

5. mam świadomość, że powodzenie przeprowadzonego leczenia i jego rezultaty są w dużej mierze zależne od przestrzegania przeze mnie zaleceń lekarza.

.....
.....
(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIECIE 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 osoby pacjenta, 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 pacjenta)