

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA  
LECZENIE  
ZACHOWAWCZE/AMPUTACYJNE/ENDODONTYCZNE  
ZĘBÓW do 16 lat**

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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA LECZENIE ZACHOWAWCZE/AMPUTACYJNE/ENDODONTYCZNE ZĘBÓW  
MLECZNYCH (PACJENT DO 16 LAT)**

**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 ZACHOWAWCZE, AMPUTACYJNE I ENDODONTYCZNE:**

Planowane leczenie (proszę zaznaczyć właściwe)\*:

- ZACHOWAWCZE zęba nr .....
- AMPUTACYJNE zęba nr .....
- ENDODONTYCZNE zęba nr .....

**Leczenie zachowawcze** obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: usunięcie zmienionej próchnicowo tkanki zęba oraz jej odbudowę materiałem wypełniającym (rekonstrukcja zęba, celem przywrócenia jego pierwotnej funkcji). Po założeniu wypełnienia może wystąpić nadwrażliwość pozabiegowa zęba, utrzymująca się nawet do 30 dni, czasowa wrażliwość bądź zapalenie dziąseł. W przypadku zdiagnozowania głębokiej próchnicy może zaistnieć konieczność leczenia amputacyjnego zęba. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia.

**Leczenie amputacyjne** obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: polega na usunięciu dotkniętej nieodwracalnym zapaleniem miążgi komorowej z zachowaniem żywej miążgi w kanałach. Stosuje się je w przypadku pourazowego obnażenia miążgi (gdy pacjent zgłasza się po 24h od urazu), gdy miążga została odsłonięta podczas opracowywania ubytku próchnicowego lub kiedy doszło do samoistnego obnażenia miążgi na skutek toczącego się procesu próchnicowego, ale bez zmian zapalnych w tkankach okołowierzchołkowych. Po zabiegu amputacji najważniejsze jest zatrzymanie krwawienia i usunięcie skrzepu, który może zaburzyć gojenie i powodować powikłania. W przypadku gorszej współpracy dziecka lub trudności w uzyskaniu hemostazy (braku krwawienia) zaleca się leczenie dwuetapowe rozłożone na 2 wizyty z odstępem czasowym. Ostatnim etapem leczenia jest założenie pasty amputacyjnej i szczelne wypełnienie ubytku. Leczenie amputacyjne obarczone jest ryzykiem niepowodzenia, w konsekwencji którego mogą wystąpić dolegliwości bólowe, a także w ostateczności usunięcie zęba mlecznego. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia.

**Leczenie endodontyczne** obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: klasyczne leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba mlecznego wykonuje się bardzo rzadko, przede wszystkim w sytuacji kiedy u dziecka nie ma zawiązka zęba stałego. Leczenie endodontyczne zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miążgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym – przy użyciu mikroskopu. Ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur, szczególnie w przypadku zabiegów wykonywanych u dzieci (trudniejsza współpraca). W przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych istnieje zwiększone ryzyko powikłań. Podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba. Może się zdarzyć, że lekarz będzie zmuszony do celowego zniesienia części korony zęba, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia. Możliwa jest także perforacja kanału korzeniowego lub dna komory miążgi zęba. Istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe. W czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe, a w rzadkich przypadkach może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki), co może wymagać zastosowania środków farmakologicznych. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia. Leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obarczone większym ryzykiem - czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo (to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej). W przypadku niepowodzenia tego leczenia może zaistnieć konieczność usunięcia zęba. Po zakończonym leczeniu endodontycznym zębów należy odbudować materiałem kompozytowym.

**2. ZNIECZULENIE:**

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta/przedstawiciela ustawowego pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć należy:** wrażliwość miejsca po ukłuciu,

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA  
LECZENIE  
ZACHOWAWCZE/AMPUTACYJNE/ENDODONTYCZNE  
ZĘBÓW do 16 lat**

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

krwaki tkanek (siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca.  
**Powikłania rzadkie to:** omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna.

### 3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu zdrowia pacjenta według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu zdrowia pacjenta zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
  - a) o stanie zdrowia pacjenta;
  - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
  - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
    - w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich lub/i tomograficznych;
    - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których przedstawiciel ustawy pacjenta zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
    - efekt leczenia jest w dużej mierze uzależniony od jakości współpracy pacjenta z lekarzem;
    - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 3 miesiące;
  - d) o możliwościach alternatywnego postępowania diagnostycznego oraz leczniczego, które obejmują:

....

oraz o związanym z tymi metodami ryzyku;

- e) o możliwości zaniechania leczenia zachowawczego, amputacyjnego i endodontycznego oraz jego konsekwencjach;
- f) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie leczenia zachowawczego, amputacyjnego i endodontycznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
- g) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
- h) 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 PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :

(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)\*

leczenie zachowawcze

- leczenie zachowawcze  
 leczenie amputacyjne  
 leczenie endodontyczne  
 znieczulenie  
 badanie RTG/CBCT

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA  
LECZENIE  
ZACHOWAWCZE/AMPUTACYJNE/ENDODONTYCZNE  
ZĘBÓW do 16 lat**

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

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta, o którym mowa w pkt I i mam prawo wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego objętego tym formularzem (proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)\*:

- rodzic  
 opiekun prawny

.....  
IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

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

**VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO**

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA: ...
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność za leczenie następuje po wizycie.
- 3) GWARANCJA JAKOŚCI:

Podmiot leczniczy udziela rocznej gwarancji jakości na wykonane leczenie zachowawcze lub/i endodontyczne na następujących warunkach:

1. warunki przysługiwania uprawnień z tytułu gwarancji obejmują:
  - a. odbywanie przez pacjenta regularnych wizyt kontrolnych i higienizacyjnych, na które pacjent ma obowiązek zgłosić się do zakładu leczniczego, który wykonał usługę, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 3 miesiące;
  - b. przestrzeganie przez pacjenta wszystkich zaleceń lekarzy prowadzących leczenie;
  - c. zachowanie przez pacjenta prawidłowej higieny jamy ustnej;nieprzestrzeganie przez pacjenta któregokolwiek z ww. warunków skutkuje utratą uprawnień z tytułu gwarancji jakości – o ile nastąpiło z przyczyn nie leżących po stronie podmiotu leczniczego;

2. gwarancji nie podlegają usługi wykonane u pacjentów, u których występują:
  - a. niewyleczone ubytki próchnicowe;
  - b. w przypadku użytkowania przez dziecko powyżej 3-go roku życia butelki ze smoczkiem do spożywania posiłków lub klasycznego smoczka;które mogą mieć pośredni lub bezpośredni wpływ na trwałość wykonanej usługi;

3. gwarancja nie obejmuje:
  - a. uszkodzeń nie wynikających z wykonanej usługi;
  - b. uszkodzeń powstałych wskutek braku współpracy lub niepełnej współpracy ze strony pacjenta;
  - c. usługi, jeżeli pacjent nie stosował się do zaleceń lekarza prowadzącego;
  - d. wypełnień tymczasowych;
  - e. kosztów dojazdu do gabinetu poniesionych przez pacjenta i przedstawiciela ustawowego pacjenta.

**4) OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA.**

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności oraz gwarancji jakości i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu nie zostały uwzględnione w ww. kosztach leczenia i nie obciążają podmiotu leczniczego;
3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia (pkt VI ppkt 1) może ulec zmianie;
4. 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)

**VII. 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 osoby pacjenta**, 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)