

Nazwisko Imię

Adres.....

.....telefon:.....

Data urodzenia.....

TAK NIE

1.Choroby ogólne, jakie?

2. Czy w ciągu dwóch ostatnich lat był(a) Pan(i) w szpitalu?
Jeżeli tak to z jakiego powodu?

3.Przewlekłe przyjmowane leki.

4.Ciąża (kiedy, jaki przebieg).

5.Skłonności do krwawień.

6.Czy występuje jedna z następujących chorób:

choroba serca
choroba tarczycy
choroby układu
sercowo-naczyniowego
AIDS(HIV +)

cukrzyca
alergie
zaburzenia neurologiczne
choroby nerek
choroby przewodu pokarmowego

choroba krwi
choroby płuc

Data..... Podpis pacjenta

Podpis lekarza

Ja Pan(i).....

Wyrażam zgodę na operacyjne wszczepienie sztucznych korzeni zębowych u mnie, mojego syna, mojej córki u.....

Wyjaśniono mi, że postępowanie to nie gwarantuje stałego utrzymania sztucznych korzeni zębowych. W niewielkim odsetku przypadków, po niejednakowo długim czasie, może dojść do ich utraty. Poinformowano mnie także o innych metodach leczenia, jakie mogą być zastosowane, oraz o ewentualnych komplikacjach wiążących się z zaplanowanym postępowaniem. Zapewniono mnie, że metoda ta jest szeroko praktykowana. Decyzję wyboru jednego z przedstawionych mi systemów pozostawiłem(am) zespołowi lekarskiemu.

Wiem, iż dopiero podczas zabiegu może się okazać konieczne poszerzenie jego zakresu lub też zmiana zaplanowanych etapów. Odpowiedziano na moje pytania. Zgodnie z życzeniem wytłumaczono mi inne szczegóły. Wiem, że mogę odwołać zgodę na zabieg.

Zgadzam się zarówno na przewidziane środki i metodę leczenia, jak też na ewentualne konieczne zmiany i poszerzenie zakresu zabiegu. Zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(am) wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości.

Poinformowano mnie, że wynik leczenia zależy w znacznej mierze od przestrzegania regularnych badań kontrolnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie (przechowywanie) danych osobowych w tutejszej placówce oraz na wykorzystanie w celach naukowo dydaktycznych.

Miejscowość.....

data.....

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

Umowa

pomiędzy Panem(ią).....
 a
 lekarzem (pieczętka).....

Dotycząca przeprowadzenia leczenia implantologicznego

Po przedyskutowaniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka zdecydowaliśmy się na leczenie przedstawione w załączonej tabeli:

Planowane uzupełnienie protetyczne

cementowane / przykręcane			ruchome				
Pojedyncze	Most	Belka	Belka Frezowana	Teleskop	Zatrask	Locator	Magnes
P	M	B	BF	T	Z	L	MG

Planowane pozycje implantów / rodzaje implantów

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
								rodzaje implantów ¹								
								rodzaje implantów ¹								
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

¹Rodzaje implantów / platformy protetyczne (koncepcja S-M-L)

Implanty - długości	9 / 11 / 13 / 15 / 17 mm				
Implanty - średnice	3,3 mm	3,7 mm	4,2 mm	4,8 mm	5,5 mm
Platforma protetyczna	S	M	L		

Wszystkie komponenty oznaczone są literą odpowiednio do platformy protetycznej S,M,L. Implanty o średnicy 3,3 nie występują w długości 9 mm, implanty o średnicy 5,5 mm nie występują w długości 17 mm.

W przypadku wydzielenia się implantu przy zachowaniu wszelkich zaleceń lekarza i wizyt kontrolnych koszty ponownego wprowadzenia implantu ponosi lekarz prowadzący.

„Kartę leczenia implantologicznego” – otrzymałem(am) (pacjent)

data.....

Podpis pacjenta

Podpis lekarza

Kosztorys

	ilość	cena w zł	razem	wpłacono data
1. wszczepienie implantu				
2. inne:				
3. odsłonięcie implantu założenie tulei formującej dziąsło				
4. odbudowa protetyczna				
5. inne:				

data.....

Podpis pacjenta

Podpis lekarza