

UMOWA / ZGODA NA LECZENIE PROTETYCZNE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:

1. Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(a) o technice, celowości, następstwach i ewentualnych powikłaniach zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych. Miałem(am) możliwość zadawania lekarzowi pytań i zrozumiałem(am) odpowiedzi.
2. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowaliśmy się wspólnie na leczenie przedstawione w załączonym planie leczenia i według przedstawionego kosztorysu.
3. Rozumiem, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności.
4. Każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru, kształt zębów, forma uzupełnienia protetycznego zostanie ze mną ustalona i ostateczne wykonanie pracy nastąpi po mojej akceptacji. Rozumiem, że po zacementowaniu, lub oddaniu pracy nie ma możliwości wprowadzenia zmian.
5. Przed rozpoczęciem leczenia Pacjent wpłaca 50% umówionej kwoty tytułem zadatku.
6. Ostateczne rozliczenie pracy następuje w dniu oddania pracy.
7. Zgadzam się na wykonanie zdjęć RTG oraz fotografii podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych.
8. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia oraz 2 letniej rękojmi jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej oraz zgłaszanie się do higienistki i na badanie kontrolne co 6 miesięcy.

Niniejszym świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na leczenie :

Data i podpis Pacjenta

Podpis lekarza