

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PROTETYCZNE

1. Wyrażam zgodę na leczenie protetyczne w *Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys przy ul. Polnej 56a w Kiełczowie lub przy ul. Kilińskiego 27/1a we Wrocławiu* na zasadach określonych z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
2. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej podczas zabiegów i po otrzymaniu uzupełnień protetycznych, jeśli jest to konieczne.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o rodzaju zabiegu, o istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. o zakresie pracy, który może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu.
4. o możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu; stan taki może wystąpić u niektórych pacjentów, jednak jest przemijający.
5. o konieczności utrzymywania prawidłowej higieny jamy ustnej i zgłaszania się do okresowych badań stanu klinicznego co 6 miesięcy, co jest warunkiem powodzenia leczenia.
6. o kosztach leczenia, które akceptuję.
7. że podanie danych jest dobrowolne
8. że mam prawo do wglądu i modyfikacji moich danych osobowych

Zobowiązuję się, że każdy etap dotyczący estetyki pracy tj. dobór koloru i kształtu zębów, formy uzupełnienia protetycznego zostanie przeze mnie zatwierdzony jako zgodny z moimi oczekiwaniami, podpisem w karcie leczenia. Jeżeli po tym fakcie chciałbym dokonać zmiany w formie uzupełnienia, zobowiązuję się do pokrycia kosztów z tym związanych.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej oraz do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest *Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Ziemowit Sartys*
2. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu: świadczenia usług medycznych, zarządzania usługami medycznymi, prowadzenia sprawozdawczości finansowej, oraz archiwalno – statystycznym.
3. Podanie przez Pana/iq danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/i zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało możliwością odstąpienia od udzielenia świadczeń.
4. Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat
5. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych, aktualizacji i sprzeciwu w pewnym zakresie oraz do przenoszenia danych osobowych
6. Administrator nie ujawnia danych osobowych osobom trzecim bez zgody osoby, której dane dotyczą, chyba, że obowiązek ujawnienia wynika z obowiązującego prawa
7. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO, gdy uzna Pan/i, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.