JORDAN

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG ICON

JA, IMIĘ: ....., NAZWISKO: .....,
DATA URODZENIA : .....

OŚWIADCZAM, CO NASTĘPUJE:
ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O NASTĘPUJĄCYCH ZASADACH WYKONYWANIA ZABIEGU ICON :

ZABIEG ICON POLEGA NA PRÓBIE POZBYCIA SIĘ NIEESTETYCZNYCH BIAŁYCH PLAM (RÓŻNEGO POCHODZENIA) POPRZEZ INFILTRACJE. OSTATECZNY EFEKT JEST TRUDNY DO PRZEWIDZENIA, ZALEŻY OD WIELU CZYNNIKÓW, A W SZCZEGÓLNOŚCI OD SKŁADU MINERALNEGO SZKLIWA PACJENTA, STOSOWANEJ PRZEZ PACJENTA DIETY, ZANIECHAŃ HIGIENICZNYCH. WSKAZANIA DO ICON : POZBYCIE SIĘ BIAŁYCH PLAM Z ZĘBÓW ZE WZGLĘDÓW ESTETYCZNYCH, ZATRZYMANIE WCZESNEGO PROCESU PRÓCHNICOTWÓRCZEGO/ WZMOCNIENIE STRUKTURY ZĘBA/ÓW

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ZABIEG
POWYŻSZE ZASADY PRZECZYTAŁEM I ZROZUMIAŁEM, UZYSKAŁEM RÓWNIEŻ WSZELKIE WYJAŚNIENIA DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA W MOIM PRZYPADKU, W TYM O TECHNICE ZABIEGU I O PRZEBIEGU PROPONOWANEGO LECZENIA. MIAŁAM/EM MOŻLIWOŚĆ UZYSKANIA OD LEKARZA LUB HIGIENISTKI STOMATOLOGICZNEJ DODATKOWYCH WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH ZABIEGU ICON. ZOSTAŁAM/EM POINFORMOWANY O ALTERNATYWNYCH MOŻLIWOŚCIACH POSTĘPOWANIA, Z ZANIECHANIEM ZABIEGU ICON WŁĄCZNIE. ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O RYZYKACH TOWARZYSZĄCYM INNYM METODOM I KONSEKWENCJACH WYNIKAJĄCYCH Z ZANIECHANIA ZABIEGU.ROZUMIEM, ŻE TAK JAK W PRZYPADKU WSZYSTKICH PROCEDUR OGÓLNOMEDYCZNYCH, POZYTYWNE EFEKTY WYŻEJ WYMIENIONEGO ZABIEGU NIE SĄ ZAGWARANTOWANE. ZABIEG JEST PODEJMOWANY W CELU USUNIĘCIA KONKRETNEGO PROBLEMU I MOŻE NIE WYELIMINOWAĆ INNYCH UKRYTYCH PROBLEMÓW ZARÓWNO NATURY ZDROWOTNEJ, JAK I ESTETYCZNEJ. ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO PRZESTRZEGANIA WSZYSTKICH WW. ZALECEŃ LEKARSKICH, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM HIGIENY JAMY USTNEJ, ORAZ DO ZGŁASZANIA SIĘ NA WIZYTY KONTROLNE W WYZNACZONYCH TERMINACH. OŚWIADCZAM, ŻE UDZIELIŁEM WYCZERPUJĄCYCH I PRAWDZIWYCH INFORMACJI CO DO MOJEGO OBECNEGO STANU ZDROWIA – ZGODNIE Z ANKIETĄ STANOWIĄCĄ ZAŁĄCZNIK DO NINIEJSZEGO OŚWIADCZENIA. O WSZELKICH ZMIANACH STANU MOJEGO ZDROWIA ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ POWIADOMIĆ NIEZWŁOCZNIE. WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE DOKUMENTACJI RADIOLOGICZNEJ ORAZ FOTOGRAFICZNEJ PODCZAS ZABIEGÓW I W CZASIE WIZYT KONTROLNYCH ORAZ JEJ PRZECHOWYWANIE W MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ A TAKŻE WYKORZYSTANIA W CELACH EDUKACYJNYCH / NAUKOWYCH

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE ZABIEGU ICON

_____ _____
DATA (PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO)

OSOBA UDZIELAJĄCA INFORMACJI I PRZYJMUJĄCA OŚWIADCZENIE O ZGODZIE:

_____
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA DENTYSTY
LUB HIGIENISTKI STOMATOLOGICZNEJ

ICON