

SOUHLAS PACIENTA

Já, dále podepsaný/á

jméno, příjmení, titul

rodné číslo/číslo pojištěnce

bytem trvale/přechodně

potvrzuji, že:

jsem byl/a zdravotnickým zařízením, který je společnost Svět Stomatologie s.r.o., sídlem Plzeňská 2621/2, Zábřeh, 700 30 Ostrava, IČO 223 46 287 (dále také „Zdravotnické zařízení“) informována, že mi má být proveden léčebný výkon, a to:

ZHOTOVENÍ FOTOKOMPOZITNÍ VÝPLNĚ

Prohlašuji, že s provedením léčebného výkonu souhlasím.

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámena s tím, že důvodem pro provedení léčebného výkonu je skutečnost:

obnovení funkce, tvaru a estetiky poškozeného zubu

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že léčebný výkon by nemohl být proveden nebo by jeho provedení muselo být zváženo v případě, kdy bych trpěl/a některým z dále uvedených problémů nebo bych užíval/a některou z dále uvedených medikací:

Svým podpisem dále stvrzuji, že žádným z výše uvedených problémů netrpím a neužívám žádnou z výše uvedených medikací neužívám.

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že v souvislosti s provedením léčebného výkonu mohou nastat následující komplikace:

- Přechodná citlivost zubu
- Bolest při kousání
- Dlouhodobá bolest / zánět zubní dřeně
- Mikroskopické netěsnosti a riziko sekundárního kazu
- Vypadnutí výplně / uvolnění adheze
- Prasknutí výplně / mechanické poškození

- Alergická reakce (velmi vzácně)

V případě, kdy shora popsané obtíže budou intenzivní nebo budou trvat delší dobu, byl/a jsem informována o tom, že mám vyhledat lékařskou pomoc.

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že po provedení léčebného výkonu mám dodržovat následující režim:

- **vyhnout se lepkavým a tvrdým potravinám** po dobu několika hodin, zejména pokud je výplň v zadních zubech.
- **Čistit zuby jako obvykle** (již večer po výkonu), ale **opatrně v místě výplně**, pokud je dásen podrážděná.
- Po odeznění anestezie zkontrolujte, zda **výplň nepřekáží ve skusu** (např. při sevření zubů).
- Mírná **citlivost na studené/teplé** nebo tlak může trvat **několik dní až 2 týdny** – je běžná.
- **Bolest při kousání** nebo **dlouhodobá citlivost** může být známkou problému

Před provedením léčebného výkonu jsem byl/a informována, že provedení léčebného výkonu

- je plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- je částečně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- není vůbec hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

S ohledem na skutečnost, že provedení léčebného výkonu není plně hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění, byl/a jsem informována o tom, že budu muset uhradit za provedení léčebného výkonu částku:

Prohlašuji, že souhlasím s uhrazením uvedené částky za provedení léčebného výkonu.

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby mi léčebný výkon byl proveden dnešního dne.

V _____ dne _____
