

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 SKLOINOMERNÍ 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
- Nižší mechanická odolnost
- Vypadnutí nebo drolení výplně
- Estetická omezení
- Povrchová degradace výplně
- Sekundární kaz

- Alergická reakce (velmi vzácně)
- Nedostatečná trvanlivost u rozsáhlých defektů

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:

- Nezatěžovat výplň v prvních 24 hodinách
- Vyhybat se kyselým potravinám a nápojům první 2–3 dny
- Nepít ani nejíst min. 30 minut po zákroku
- Prvních několik dní doporučeno **omezit barvicí potraviny a nápoje**

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 _____
