

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 FIXNÍ ZUBNÍ NÁHRADY

Prohlašuji, že s provedením léčebného výkonu souhlasím

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

- ztráta zubu/zubů
- chybné postavení zubu
- nevyhovující tvar zubu
- estetické důvody
- rozsáhlé poškození korunky zubu
- zub po endodontickém ošetření

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:

- neléčitelná viklavost zubů
- alergie na kovy – v tomto případě lze zhotovit nekovové náhrady zubů
- zánět dásní nebo neléčená parodontitida
- v případě můstkových náhrad věk pod 18 let

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

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

- komplikace vyplývající z podání lokální anestezie – modřina, alergická reakce
- poranění okolních měkkých tkání
- ztráta vitality zubu při preparaci vitálního zubu

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:

Po fixaci provizorní nebo definitivní protetické práce dodržujte pokyny Vašeho ošetřujícího lékaře. Může se jednat o omezení kousání na daném zubu po dobu maximálně jedné hodiny, což je doba, po kterou dochází k tuhnutí některých materiálů.

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 _____
