

**Imię i nazwisko  
pacjenta:****nr PESEL:****rodzaj planowanego  
leczenia  
ortodontycznego:**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (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.) **wyrażam zgodę na wykonanie, wyżej opisanego, planowanego**

**świadczenia zdrowotnego przez lek. dent.**

**Oświadczam**, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

**Wyrażam zgodę** na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotografii.

**Zostałem(am) poinformowany(a):**

- o rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
- o tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności. Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ),
- o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej,
- o tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza,
- o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

**Zobowiązuję się** do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach.

**Potwierdzam**, że zostały mi udzielone odpowiedzi na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia. Informacje o możliwych powikłaniach i alternatywnych sposobach leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) zostały mi przedstawione w sposób zrozumiały i wyczerpujący.

data, podpis i pieczętka lekarza dentysty

data, czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)



all  
**smiles**  
dental

**Dbamy o uśmiech!**

[WWW.ALLSMILES.PL](http://WWW.ALLSMILES.PL)