

DANE KLINIKI

MEDICUS CLINIC sp. z o.o.
Medicus Clinic sp. z o.o.
Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk
Kod res. cz. I: 00000011736 Kod res. cz. V: 01
REGON: 529786666 NIP: 8393250317
Tel. 887770779 887770779
rejestracja@medicus.slupsk.pl
<https://www.medicus.slupsk.pl>

DANE PACJENTA

PESEL:
Data ur.:
Płeć:
Adres:
Tel.

ZGODA NA LECZENIE ZACHOWAWCZE

Imię i nazwisko pacjenta:

Ja niżej podpisany [] wyrażam zgodę na leczenie zachowawcze u mnie/u mojego dziecka /podopiecznego w zakresie poniżej opisanym przez lekarza stomatologa []

Zgoda ta obowiązuje do momentu jej odwołania w formie pisemnej.

Leczenie zachowawcze będzie obejmować następujące zęby: []

1. Zostałem poinformowany/a o aktualnym stanie uzębienia i konieczności podjęcia leczenia w opisanym wyżej zakresie. Wszystko zostało mi wyjaśnione i wszystko zrozumiałem/alam.
 2. Poinformowałem/am lekarza o stanie mojego zdrowia i przyjmowanych lekach w formie pisemnej. Oświadczenia o stanie zdrowia stanowi załącznik nr.1 do niniejszej zgody.
 3. Po omówieniu wszystkich możliwych sposobów leczenia i związanego z nimi ryzyka, zdecydowałem/am się na zaproponowane leczenie.
 4. Leczenie chirurgiczne, endodontyczne, protetyczne oraz implantologiczne wymaga osobnej zgody dla każdego nowego leczenia.
 5. Rozumiem, że zakres leczenia może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie wynikną nieprzewidywalne okoliczności, zwłaszcza rozszerzenie leczenia zachowawczego o leczenie endodontyczne. Wyrażam wówczas zgodę na dokonanie korekty planu leczenia i kosztów zgodnie z obowiązującym cennikiem (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).
 6. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.
 7. Poinformowano mnie, że warunkiem powodzenia leczenia jest utrzymywanie prawidłowej higieny jamy ustnej, pełna sanacja całego uzębienia i zgłaszanie się do okresowych badań według zaleceń lekarza jednak nie rzadziej niż co 6 miesięcy.
 8. Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.
 9. Wykonane prace są wykonane z najwyższą starannością i przy zachowaniu najwyższych standardów i dotyczą leczenia w zakresie wyżej opisanym i nie obejmuje elementów nie związanych bezpośrednio z wykonaniem tegoż leczenia np. innych wypełnień, złamania zęba lub jego części, leczenia endodontycznego jeżeli nie było wykonywane wraz z wypełnieniem zęba, rozchwywania zębów, późnych zmian w miazdzie zęba itp.
 10. Wyrażam zgodę na ewentualne znieczulenie miejscowe, i nie znam żadnych przeciwwskazań do jego wykonania.
- Nie zgłaszam żadnych pytań, wątpliwości czy dodatkowych wyjaśnień TAK ☐ NIE ☐

2026-03-11, godz. ,

.....
podpis pacjenta

MEDICUS *clinic*