

ZGODA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH DLA MAŁOLETNIEGO PACJENTA

Zespół Szkół w Dąbrowskach | Dąbrowki 211, 37-100 Łańcut



★ DANE RODZICA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO I DZIECKA

Imię i nazwisko rodzica / przedstawiciela ustawowego

PESEL rodzica / przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Numer telefonu rodzica /
przedstawiciela ustawowego

Adres zamieszkania dziecka

Klasa dziecka

Przyjmowane leki oraz alergie na leki

✓ ZGODA NA WYKONANIE ŚWIADCZEŃ

Wyrażam zgodę na objęcie wskazanego powyżej dziecka bezpłatną opieką stomatologiczną realizowaną w ramach NFZ w gabinecie stomatologicznym Iron Hills Sp. z o.o. w Zespole Szkół w Dąbrowskach. W zależności od wyniku badania, wskazań i przeciwwskazań oraz oceny lekarza dentystry zgoda obejmuje:

- wizyta adaptacyjna, obejmująca zapoznanie dziecka z gabinetem stomatologicznym, personelem oraz przebiegiem wizyty,
- badanie stomatologiczne oraz ocenę stanu zdrowia jamy ustnej i uzębienia,
- lakierowanie zębów preparatami fluorowymi, wykonywane nie częściej niż raz na 3 miesiące, zgodnie ze wskazaniami lekarza dentystry i w celu kontynuacji profilaktyki fluorowej,
- lakowanie bruzd pierwszych i drugich trzonowców stałych oraz profilaktyczne zabezpieczenie bruzd, zgodnie ze wskazaniami lekarza dentystry i zakresem świadczeń finansowanych przez NFZ,
- usuwanie miękkich/twardych złogów nazębnych, w tym kamienia nazębnego (skaliny),
- leczenie próchnicy zębów mlecznych i stałych, obejmujące usunięcie tkanek zmienionych próchnicowo oraz założenie wypełnienia lub opatrunku,
- leczenie miąższ zębów mlecznych, jeżeli istnieją wskazania do takiego postępowania,
- leczenie dożłazkowe, w szczególności w przypadku bólu, stanu zapalnego, ropnia lub przetoki,
- usunięcie zęba mlecznego lub pozostawienie korzenia, jeżeli lekarz dentysta po przeprowadzeniu badania stwierdzi wskazania do jego usunięcia,
- zastosowanie znieczulenia miejscowego, jeżeli będzie konieczne lub uzasadnione w związku z wykonywanym świadczeniem,
- leczenie zmian chorobowych błony śluzowej jamy ustnej oraz chorób dziąseł i przyzębia, w tym zastosowanie odpowiedniego postępowania leczniczego w przypadku stwierdzenia stanu zapalnego.

! WAŻNE

Wykonanie poszczególnych świadczeń jest uzależnione od aktualnego stanu zdrowia dziecka, wyniku badania stomatologicznego, stwierdzonych wskazań i przeciwwskazań oraz oceny lekarza dentystry.

UWAGI RODZICA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na wykonanie któregoś z wymienionych powyżej świadczeń, prosimy wskazać je poniżej:

W przypadku braku zastrzeżeń w powyższym polu zgoda obejmuje wszystkie wymienione powyżej świadczenia.

! INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA

- Zostałem/am poinformowany/-a, że zakres leczenia każdorazowo ustala lekarz dentysta na podstawie wyniku badania stomatologicznego oraz aktualnych wskazań i przeciwwskazań medycznych.
- Rozumiem, że przed wykonaniem określonego świadczenia lekarz dentysta może przekazać dodatkowe informacje dotyczące proponowanego postępowania, możliwych następstw, ryzyka oraz konsekwencji zaniechania leczenia.
- Zostałem/am poinformowany/-a, że przy niektórych zabiegach może być konieczne zastosowanie znieczulenia miejscowego.
- Rozumiem, że udzielona zgoda może zostać cofnięta w całości lub w odniesieniu do określonego świadczenia przed jego wykonaniem.
- Zostałem/am zapoznany/-a z procedurami wykonywanych świadczeń.

! DODATKOWA ZGODA NA ZABIEG

ZASADA POSTĘPOWANIA

Jeżeli konieczne będzie wykonanie zabiegu wymagającego odrębnej zgody, w szczególności usunięcia zęba, zabiegu chirurgicznego lub zastosowania metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, rodzic lub przedstawiciel ustawowy zostanie wcześniej poinformowany o rozpoznaniu, proponowanym sposobie leczenia, możliwych następstwach, ryzyku oraz dostępnych alternatywach. Zabieg zostanie wykonany dopiero po uzyskaniu wymaganej zgody. O konieczności uzyskania odrębnej zgody decyduje lekarz dentysta na podstawie rodzaju planowanego świadczenia i stanu zdrowia pacjenta.

COFNIĘCIE ZGODY I PACJENT PO UKOŃCZENIU 16 LAT

Cofnięcie zgody. Zgodę można cofnąć w dowolnym momencie przed wykonaniem danego świadczenia. Oświadczenie można przekazać w gabinecie, za pośrednictwem szkoły albo na adres e-mail ironhills@op.pl. Dla identyfikacji powinno zawierać imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie oraz imię i nazwisko dziecka.

Pacjent, który ukończył 16 lat.

Wymagana jest również jego zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

i INFORMACJA O DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych jest Iron Hills Sp. z o.o., ul. Księcia Witolda 49/15, 50-220 Wrocław. Dane są przetwarzane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz realizacją obowiązków prawnych podmiotu leczniczego. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych jest dostępna w gabinecie stomatologicznym w Zespole Szkół w Dąbrowskach lub na prośbę rodzica przesyłana e-mailem.

📞 PYTANIA I KONTAKT

Pytania dotyczące niniejszej zgody, zakresu świadczeń lub organizacji leczenia można kierować:

tel. 884-884-408 | e-mail: ironhills@op.pl

Miejscowość

Data

Czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego

pacjent, który ukończył 16 lat

Podpis małoletniego pacjenta

Data



Zdrowy uśmiech zaczyna się od profilaktyki

