

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość, data

Zgoda Pacjenta
na implantację wszczepów stomatologicznych

Pacjent:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

Tel.

e-mail

Gabinet / Zakład Opieki Zdrowotnej:

Nazwa zakładu

Adres siedziby:

NIP

Tel.

e-mail

Dane lekarza prowadzącego:

Imię i nazwisko

.....
Rodzaj zgody (znaczyć odpowiednią znakiem „X” i złożyć czytelny podpis osób upoważnionych przy odpowiednim rodzaju zgody)

Zgoda Własna Pacjenta
Zgoda wyrażona przez samego Pacjenta w własnym imieniu

.....
czytelny podpis Pacjenta

Zgoda Zastępcza
Zgoda udzielona w przypadku, kiedy Pacjent jest małoletni (do 16 roku życia) lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody (osoba ubezwłasnowolniona) i nie może samodzielnie decydować o swoim leczeniu. W takim wypadku zgoda może być wyrażone wyłącznie przez przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy

.....
czytelny podpis opiekuna

Zgoda Równoległa
Zgoda udzielona równoległe przez Pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub sąd opiekuńczy w przypadku, gdy Pacjent:
- ma ukończone 16 lat, lub
- jest ubezwłasnowolniony, ale zdolny jest z rozeznaniem wypowiedzieć się w sprawie udzielania mu świadczenia zdrowotnego.

.....
czytelne podpisy Pacjenta i opiekuna / kuratora

Dane rodzica, opiekuna / kuratora * w przypadku Zgody Zastępczej lub Równoległej:

Imię i nazwisko

Adres:

PESEL

Tel.

e-mail

Związek z Pacjentem

Uwaga: W punkcie „Związek z Pacjentem” prosimy podać podstawę sprawowania opieki oraz okazać i wpisać nazwę numery i nazwę właściwych dokumentów:

- 1) W przypadku gdy Rodzic Pacjenta - dokumenty tożsamości Pacjenta (dziecka) i rodzica
- 2) W przypadku opiekuna / kuratora - dokumenty tożsamości Pacjenta i opiekuna / kuratora oraz wyrok ustanawiający opiekę / kuratelę.

Oświadczenie rodzica / opiekuna / kuratora *.

Oświadczam, że nie zostały mi odebrane ani ograniczone prawa rodzicielskie* prawa do sprawowania opieki* prawa do sprawowania kurateli* w odniesieniu do: (wpisać imię i nazwisko

Pacjenta)

* - niepotrzebne skreślić

.....
*czytelny podpis rodzica / opiekuna / kuratora **

Rekomendowany zakres zabiegu:

Rekomendowane miejsce implantacji (ilość implantów):

Elementy kosmetyczne w strefie estetycznej

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta zakres zabiegu:

Przewidywany typ implantu:

Przewidywane miejsce implantacji:

Dodatkowe ustalenia:

Dodatkowe ustalenia – protetyka:

W przypadku różnic między rekomendowanym i planowanym (zaakceptowanym przez PACJENTA) zakresem zabiegu. Oświadczam, że zostałem pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Oświadczenie Pacjenta

Oświadczam, co następuje:

1. W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna pomiędzy wyżej wymienionym Pacjentem (w razie potrzeby z jego prawnym przedstawicielem) nt. implantacji wszczepów względnie materiałów kościozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.
2. Za pomocą materiałów informacyjnych, zdjęć rentgenowskich i fotografii wcześniej leczonych przypadków i możliwych koncepcji leczenia, został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
3. Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci rozwiązań protetycznych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję decyzję o poddaniu się zabiegowi.
4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników w tym cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia Pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania Pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn, może dojść do ich stopniowej utraty.
5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem pouczony o:
 - a. Moim stanie zdrowia i rozpoznaniu,
 - b. Proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych,
 - c. Dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania,
 - d. Wynikach leczenia oraz rokowaniu,
 - e. Wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi,
 - f. Skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia.
6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości kierownika placówki tj. tego Zakładu Opieki Zdrowotnej.
7. Oświadczam, że moje ewentualne oczekiwania lub wnioski, do lekarza o zasięgnięcie przez niego opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizowania konsylium lekarskiego, zostanie złożony na piśmie.
8. Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.
9. Mając świadomość ewentualnych komplikacji nawet w razie niepowodzenia zabiegu i utraty implantu zobowiązuję się że nie będę występować z roszczeniem o odszkodowanie ani zwrot kosztów z tytułu nie osiągnięcia oczekiwanych efektów, w stosunku do lekarza, który przeprowadził zabieg ani w stosunku do przychodni, w której przeprowadzono zabieg. Ww. nie zamyka prawa Pacjenta do dochodzenia roszczeń z tytułu ewentualnych szkód osobowych lub rzeczowych na podstawie zwykłej (nierozszerzonej) odpowiedzialności cywilnej lekarza lub przychodni.
10. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia implantologicznego zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(a)em wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.
11. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania Pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:
 - a. Nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu implantoloprotetycznym;
 - b. Zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu a następnie raz na pół roku, jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;

- c. Rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.
12. Zostałem poinformowany, że w drugim etapie leczenia po operacji, część protetyczną i chirurgiczną pozabiegową należy wykonać w gabinecie, w którym została wykonana implantacja. W innym przypadku gabinet, w którym została wykonana implantacja nie przejmuje odpowiedzialności za dalszy przebieg leczenia.
 13. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu operacyjnego może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.
 14. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi 4-7 miesięcy. Na wypadek gdyby w tym czasie wystąpiła potrzeba ich usunięcia **omówiono ze mną warunki oraz koszty ponownego założenia implantu.**
 15. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego oraz każdego innego lekarza i personel medyczny (zgodnie z jego kwalifikacjami) tego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że pod pojęciem „lekarze i personel medyczny tego Zakładu Opieki Zdrowotnej” rozumie się wszystkie osoby świadczące usługi zdrowotne w pomieszczeniach tego Zakładu Opieki Zdrowotnej za zgodą kierownika tej placówki, bez względu na formę zatrudnienia czy współpracy.
 16. Wyrażam zgodę na obecność podczas udzielanych mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych stażystów lub innych lekarzy czy personelu dla potrzeby dydaktycznych pod warunkiem, że przebywają tam za zgodą kierownika placówki.
 17. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach Pacjenta – na tablicy informacyjnej.
 18. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji o moim (Pacjenta) stanie zdrowia w pomieszczeniach tego Zakładu Opieki Zdrowotnej oraz na wgląd w ww. dokumentację dowolnych lekarzy i personelu medycznego tego Zakładu Opieki Zdrowotnej.
 19. Oświadczam, że są mi znane i akceptuję warunki umieszczania / pozostawiania odzieży wierzchniej w poczekalni, która jest miejscem ogólnie dostępnym. Przyjąłem do wiadomości i akceptuję, że lekarze oraz personel Zakładu Opieki Zdrowotnej zajmują się i są skoncentrowani na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, tym samym lekarze ani personel nie mogą zajmować się opieką nad odzieżą lub innymi przedmiotami pozostawionymi w poczekalni. W związku z powyższym:
 - a. Zobowiązuję się do nie pozostawiania w poczekalni bez mojego nadzoru teczek, toreb, torebek, dokumentów, wartości pieniężnych, innych przedmiotów wartościowych, kart płatniczych, biżuterii, kluczyków do pojazdów ani kluczy do mieszkań lub innych podobnych przedmiotów.
 - b. W przypadku potrzeby zabezpieczenia przed utratą ww. przedmiotów lub odzieży wierzchniej, podczas udzielania mi (Pacjentowi) świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do poinformowania o ww. lekarza lub personelu i powierzenia im ww. rzeczy na przechowanie w odrębnym niż poczekalnia pomieszczeniu lub zamkniętej szafie.
 - c. Zrzekam się roszczeń do Zakładu Opieki Zdrowotnej w przypadku utraty odzieży lub innych przedmiotów wynikającej z nieprzebrzegania przeze mnie ww. zapisów.

Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

W załączeniu:

- 1) Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu;
- 2) Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją;
- 3) Umowa na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych;
- 4) Cennik.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości moich danych osobowych zawartych w „zgódzie Pacjenta” oraz danych o stanie zdrowia, zdjęć i dokumentacji medycznej (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz. 883 z późniejszymi zmianami), do celów wykonania zabiegów medycznych, planowania, obsługi przyszłych i obecnych umów / świadczeń, z których korzystam lub będę korzystał w ww. gabinecie / zakładzie opieki zdrowotnej. Dane nie będą nikomu udostępniane z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji. Udzielającemu pełnomocnictwa przysługuje prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

.....
podpis lekarza prowadzącego - przyjmującego oświadczenie Pacjenta

Wyrażenie zgody na wykorzystanie zdjęć lub innej dokumentacji medycznej do celów publikacji naukowych.

W przypadku wyrażenia zgody wstawić znak „X” w odpowiedniej kratce i w miejscu przeznaczonym na podpis wpisać : datę, „Wyrażam zgodę” oraz umieścić czytelny podpis Pacjenta.

Wyrażam zgodę na:

Wykorzystanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych, RTG, opisów mojego przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta.

.....
*wpisać datę
+ „Wyrażam zgodę”
+ czytelny podpis Pacjenta*

Inne dodatkowe ustalenia / zgody

.....
.....
.....
.....
.....

.....
*wpisać datę
+ „Wyrażam zgodę”
+ czytelny podpis Pacjenta*

Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- w dniu operacji i dwa dni po operacji nie palić i nie nadużywać alkoholu
- nie podejmować żadnego wysiłku fizycznego
- jeść i pić dopiero po upływie miejscowego znieczulenia
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie;
- nie gryźć w okolicach implantu;
- dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej
- usta w okolicy rany tylko przepłukiwać; w czasie po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany; po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanką zaleconą przez lekarza;
- nie dotykać okolic implantu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast lekarzem dentystą;
- w okolicy miejsca operacji, policzka i podbródka może wystąpić obrzęk, który po paru dniach zniknie, złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne okłady
-

Po zabiegu implanty zostają najczęściej natychmiast prowizorycznie zaopatrzone. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie 16 do 28 tygodni po zabiegu. Przy implantach dwufazowych, które zaszyto, to znaczy, kiedy implant nie wystaje z błony śluzowej, implanty zostaną zabezpieczone śrubami zablizniającymi zwykle po upływie 16 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna.

Ważne jest, żeby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pan / Pani zauważył, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się do lekarza dentysty na wizytę.

Z pozdrowieniami,
Lekarz prowadzący

.....

Potwierdzam odbiór informacji

.....
czytelny podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela prawnego

Informacja dotycząca rozmowy wyjaśniającej problematykę związaną z implantacją

Droga Pacjentko, drogi Pacjencie,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pana/Pani zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także rozważana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania koron, mostów lub protez.

Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć i więcej lat. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pana/Pani najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęk.

Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Przy pomocy wiertła tworzy się łożo, w której zostanie osadzony implant. Implant może zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec dziąsło zostanie zaszyte.

Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W normalnym przypadku wgojenie implantu trwa 4 do 7 miesięcy. W tym czasie nie można obciążać implantu, ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może się okazać plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej. Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo.

Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać.

Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko.

Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia.

W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg.

W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

Aby zminimalizować to ryzyko w jak najwyższym stopniu, prosimy udzielić odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy Pani / Pan choruje?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę wymienić na co:

2. Czy ma Pani / Pan alergię (na przykład katar sienny, uczulenie na określone artykuły spożywcze (np. owoce, lekarstwa, plastry, miejscowe środki znieczulające, metale)?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę wymienić na co:

3. Jak znosił Pani / Pan dotychczas zastrzyki znieczulające przy usuwaniu zębów albo w trakcie innych leczniczych zabiegów dentystycznych?

Tak Nie

Jeżeli TAK, to proszę podać informację czy krwawienie ustępuje samoistnie i po jakim czasie oraz czy wymaga podania leków (jakich):

5. Czy przyjmuje pan (pani) lekarstwa stale/często?

Tak Nie

Jeżeli TAK, jakie i jak często:

Szczegółowe informacje o stanie zdrowia będą przez Lekarza wpisane do karty chorobowej Pacjenta.

Proszę w dniu zabiegu implantacji i w ciągu dwóch kolejnych dni:

- nie palić
- nie pić alkoholu
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego
- ograniczyć mówienie
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką
- nie dotykać okolic implantu
- utrzymywać higienę jamy ustnej

Zastrzyki podane w celu uzyskania znieczulenia miejscowego mogą osłabić Pana /Pani zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 2-6 godzin po zastrzyku nie powinien Pan/ Pani prowadzić pojazdów mechanicznych ani jeździć rowerem. W czasie 4 tygodni po implantacji proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazda na nartach, podróż w tropiki).

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu implantacji.

Decydujący wpływ na sukces leczenia ma higiena jamy ustnej. Tylko w przypadku, gdy jesteście Państwo gotowi po każdym posiłku dokładnie czyścić zęby i okolicę implantu, sukces powodzenia implantacji może być zapewniony. Nigdy nie należy zaniechać w przyszłości zabiegów higienicznych.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą na podstawie wskazówek zawartych w powyższej informacji, podczas której mogłem/am otrzymać odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia.

Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Niniejszym zgadzam się na proponowany zabieg.

.....
podpis lekarza prowadzącego

.....
czytelny podpis Pacjenta

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

.....
miejsowość, data

Umowa
na wykonanie implantacji wszczepów stomatologicznych

zawarta w pomiędzy:, adres
....., reprezentowanym przez współwłaściciele,
nazywanym dalej **GABINETEM**,

a

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL

Tel.

e-mail

zwanym dalej **PACJENTEM**

§ 1

PACJENT zleca a GABINET przyjmuje do wykonania zabieg implantacji wszczepów stomatologicznych opisany co do zakresu w „Zgodzie Pacjenta” z dnia

§ 2

Wynagrodzenie GABINETU wynosi płatne przelewem / gotówką do dnia

§ 3

PACJENT zobowiązuje się do osobistego pokrycia całości ustalonych kosztów planowanych procedur medycznych oraz kosztów zastosowanych materiałów zgodnie z załączonym cennikiem lub innymi pisemnymi ustaleniami oraz do pokrycia dodatkowych kosztów opisanych w nw. punktach.

§ 3

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na poszerzeniu zakresu zabiegu PACJENT zobowiązuje się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur medycznych oraz materiałów zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 4

PACJENT zobowiązuje się do zapłaty za wykonane dodatkowe (ponad planowane) procedury medyczne oraz do pokrycia kosztów dodatkowych materiałów maksimum w ciągu 14 dni od wykonania zabiegu.

§ 5

Jeżeli podczas zabiegu operacyjnego zaistnieje potrzeba zmiany koncepcji zabiegu polegającej na zmniejszeniu zakresu zabiegu GABINET zobowiązuje się do zwrotu kosztów niewykonanych procedur medycznych oraz związanych z tym kosztów zgodnie z załączonym cennikiem.

§ 6

W przypadku, w którym leczenie w części lub w całości mogłoby być finansowane z środków innych narodowych lub komercyjnych funduszy zdrowia, lub z odszkodowania czy świadczenia zakładów ubezpieczeń, lub przez inne podmioty czy osoby, zobowiązuje się w własnym zakresie do dochodzenia kosztów zastosowanej procedury medycznej, bez cedowania dochodzenia roszczeń na placówkę medyczną, w której wykonywany będzie zabieg.

§ 7

W przypadku braku zapłaty w ustalonym terminie, za wykonane procedury lub koszty poniesione przez przychodnię / lekarza w związku z zabiegiem zobowiązuje się, bez dodatkowego wezwania, do pokrycia

ustawowych odsetek za zwłokę a w przypadku konieczności wszczęcia procedury windykacyjnej lub konieczności dochodzenia roszczeń od innych podmiotów / osób zobowiązanych (do refundacji lub pokrycia kosztów zabiegu) zobowiązuję się do zapłaty kary umownej w wysokości 10% kosztów zabiegu nie mniej niż:

- a. 500 zł dla Pacjenta zamieszkałego w Polsce
- b. 1 000 zł dla Pacjenta zamieszkałego poza granicami Polski.

§ 8

W przypadku wstąpienia konieczności usunięcia implantów w okresie integracji implantów z kością (4 - 7 miesięcy po zabiegu) lub po tym okresie PACJENT zobowiązuje się do pokrycia kosztów usunięcia oraz ponownego założenia implantu zgodnie z cennikiem GABINETU.

§ 9

W sprawach nie uregulowanych mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 10

Umowa wchodzi w życie z dniem jej podpisania. Umowa może ulec rozwiązaniu na mocy porozumienia stron.

§ 11

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po 1 egz. dla każdej ze stron.

Podpisy stron

.....
GABINET

.....
PACJENT
czytelny podpis