

**REGULAMIN ORGANIZACYJNY
PODMIOTU LECZNICZEGO WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
POD NAZWĄ ORIDENT**

I. Nazwa podmiotu leczniczego

1. Podmiotem leczniczym jest: ORIDENT spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Poznaniu (61-311), przy ul. Ługańskiej 5, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000696086, NIP 7822742091, REGON 36831753600000, wpisana do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Wielkopolskiego pod numerem: 000000195490 (dalej jako: „**ORIDENT**”).
2. Nazwa zakładu leczniczego: ORIDENT.
3. Dane adresowe zakładu leczniczego: ul. Ługańska 5, 61-311 Poznań.
4. Numer REGON zakładu leczniczego: 36831753600017.

II. Podstawa działania

1. ORIDENT jest podmiotem leczniczym, działającym na podstawie:
 - Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) i przepisów wydanych na jej podstawie (dalej jako: „**Ustawa o działalności leczniczej**”);
 - Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.) (dalej jako: „**Ustawa o Prawach Pacjenta**”);
 - Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.) (dalej jako: „**Ustawa o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty**”);
 - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 2020 R. POZ. 666) (dalej jako: „**Rozporządzenie w dokumentacji medycznej**”);
 - niniejszego Regulaminu (dalej jako: „**Regulamin**”);
 - wpisu do właściwego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

III. Regulamin

1. Niniejszy Regulamin określa:
 - cele i zadania ORIDENT;
 - strukturę organizacyjną ORIDENT;
 - cele i zasady korzystania z monitoringu;
 - miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - rodzaj działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych ORIDENT;
 - organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych ORIDENT;
 - postępowanie z dokumentacją medyczną;
 - wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z pobieraniem opłat za świadczenia;

- sposób kierowania jednostką i komórkami organizacyjnymi ORIDENT;
- obowiązki personelu pracującego w ORIDENT;
- prawa i obowiązki pacjentów,

IV. Cele i zadania ORIDENT

1. Podstawowym celem ORIDENT jest udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie działań stomatologicznych służących przywróceniu i poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.
2. Do zadań ORIDENT w szczególności należą:
 - udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii, w ramach kompetencji lekarzy stomatologów oraz asystentów stomatologicznych;
 - udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:
 - a) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 77 Stomatologia zachowawcza z endodoncją;
 - b) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 73 Ortodoncja;
 - c) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 75 Protetyka stomatologiczna;
 - d) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 74 Periodontologia;
 - e) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 72 Chirurgia stomatologiczna;
 - f) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 76 Stomatologia dziecięca;
 - g) HC.1.3.2 Leczenie stomatologiczne - 06 Chirurgia szczękowo-twarzowa.

V. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego

1. W ramach podmiotu leczniczego wyodrębnia się jednostki organizacyjne: ORIDENT (kod resortowy - 01).
2. W obrębie jednostki organizacyjnej funkcjonują komórki organizacyjne:
 - Poradnia stomatologiczna (kod resortowy - 01);
 - Pracownia RTG (kod resortowy - 7240 Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej).

VI. Cele i zasady korzystania z monitoringu

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i personelu ORIDENT oraz ochrony mienia - w pomieszczeniach ogólnodostępnych ORIDENT (w poczekalniach i korytarzach na parterze oraz I piętrze) oraz na zewnątrz budynku (na parkingu oraz chodnikach prowadzących do budynku), prowadzony jest monitoring za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu. W poczekalniach na parterze i I piętrze oraz w pokoju rozmów z pacjentami rejestrowany jest również dźwięk. Nagrania obrazu i dźwięku, uzyskane w wyniku monitoringu, wykorzystywane są wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 (trzy) miesiące od dnia nagrania. Po tym okresie uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile zgodnie z przepisami prawa nie jest wymagane ich zachowanie.

VII. Miejsce i czas udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Siedzibą i miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Specjalistyczne Centrum Stomatologii ORIDENT mieszczące się w Poznaniu (61-311), przy ul. Ługańskiej 5.
2. ORIDENT czynny jest:
 - od poniedziałku do piątku w godz. 08:00 – 20:00;
 - w soboty w godz. 08:00 – 14:00.
3. Informacje o godzinach otwarcia ORIDENT są umieszczone w miejscach ogólnie dostępnych dla pacjentów w miejscu miejscem udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej dostępnej pod adresem: <https://orident.pl/kontakt/>.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w godzinach otwarcia ORIDENT, w terminie i czasie wcześniej ustalonym z pracownikiem recepcji w trakcie rejestracji świadczenia.

VIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych ORIDENT

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez pracowników medycznych, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje do wykonywania świadczeń, potwierdzone dyplomami, certyfikatami i spełniających odpowiednie wymagania zdrowotne.
2. ORIDENT udziela świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
3. Pomieszczenia oraz wyposażenie ORIDENT w sprzęt medyczny odpowiadają wymaganiom fachowym, sanitarnym i standardom określonym w odrębnych przepisach.
4. Aparatura i sprzęt medyczny ORIDENT są wprowadzone do obrotu i używania zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. Rejestracja pacjentów dokonywana jest na podstawie zgłoszenia:
 - osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - telefonicznego pod numerem telefonu: +48 61 411 11 16;
 - za pośrednictwem adresu e-mail: pacjent@orident.pl.
6. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się w Rejestracji. W Rejestracji pacjent zobowiązany jest okazać dowód tożsamości celem zweryfikowania tożsamości.
7. W Rejestracji pacjent jest uprawniony złożyć:
 - pisemne oświadczenie o upoważnieniu określonej osoby do wglądu w dokumentację medyczną za życia pacjenta i po jego śmierci (lub o nieupoważnieniu nikogo),
 - pisemne oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 17 i art. 26 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Pacjent jest zobowiązany do udzielenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego każdorazowo, przed rozpoczęciem zabiegu z zakresu endodoncji, protetyki, chirurgii, periodontologii, ortodoncji a także przed zabiegiem wybielania zębów, wykonania znieczulenia miejscowego.
9. Zgoda na:
 - leczenie - stanowi **załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu;
 - leczenie (leczenie warunkowe) - stanowi **załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu;
 - leczenie endodontyczne - stanowi **załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu;
 - leczenie (aparaty elastyczne) - stanowi **załącznik nr 5** do niniejszego Regulaminu;
 - leczenie chirurgiczne - stanowi **załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu;
 - leczenie ortodontyczne - stanowi **załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu;
 - znieczulenie miejscowe - stanowi **załącznik nr 8** do niniejszego Regulaminu.ORIDENT jest uprawniony do zmiany treści ww. zgód i w takiej sytuacji nowa treść zgody jest stosowana do usług świadczonych po dniu jej zmiany.

10. W przypadku udzielania przez ORIDENT świadczeń zdrowotnych z zakresu protetyki, przed przystąpieniem do udzielania świadczeń zdrowotnych, pomiędzy ORIDENT a pacjentem zawierana jest umowa na prace protetyczne, której wzór stanowi **załącznik nr 9** do niniejszego Regulaminu.
11. Po zarejestrowaniu się do lekarza, pacjent w umówionym dniu i o określonej godzinie zgłasza się do przyjęcia we wskazanym gabinecie lekarskim. W sytuacji, gdy jest to pierwsza wizyta pacjenta, pacjent zgłasza się 15 minut wcześniej, w celu założenia dokumentacji medycznej.
12. W trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do uzyskania wszystkich niezbędnych wyjaśnień, dotyczących postawionej diagnozy, a także zaproponowanego leczenia.
13. Na każdym etapie udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent ma prawo do złożenia skargi na zachowanie lub czynności personelu ORIDENT. Skargi przyjmuje Kierownik ORIDENT.
14. Skarga może być złożona ustnie lub pisemnie. Na każdą skargę złożoną pisemnie ORIDENT udziela pisemnej odpowiedzi w terminie nie przekraczającym 14 dni.

IX. Organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych ORIDENT

1. Do zadań komórek organizacyjnych ORIDENT należy:
 - udzielanie świadczeń z zakresu stomatologii zachowawczej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu stomatologii dziecięcej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu stomatologii estetycznej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu periodontologii;
 - udzielanie świadczeń z zakresu ortodoncji;
 - udzielanie świadczeń z zakresu implantologii stomatologicznej;
 - udzielanie świadczeń z zakresu higienizacji;
 - prowadzenie działań diagnostycznych;
 - prowadzenie profilaktyki stomatologicznej;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej;
 - dbałość o wizerunek ORIDENT;
 - przestrzeganie tajemnicy służbowej, kodeksów etyki zawodowej, karty Praw Pacjenta;
 - wykonywanie innych obowiązków ustalonych w poszczególnych zarządzeniach lub zadaniach Kierownika ORIDENT.
2. ORIDENT powierza wyznaczonemu lekarzowi obowiązek nadzoru w zakresie prawidłowości i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, koordynacji pracy personelu medycznego zatrudnionego przez ORIDENT oraz nadzoru nad prawidłowością prowadzenia dokumentacji medycznej i przetwarzania danych w niej zawartych.
3. ORIDENT w realizacji swoich zadań może współpracować z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, organizacjami społecznymi, fundacjami, stowarzyszeniami naukowymi i innymi instytucjami, których statutowym zadaniem jest działanie na rzecz zdrowia społeczeństwa.

X. Postępowanie z dokumentacją medyczną

1. ORIDENT prowadzi, przechowuje i udostępnia dokumentację medyczną na zasadach określonych w:
 - niniejszym Regulaminie;
 - art. 26 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
 - Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej;
 - klauzuli informacyjnej dostępnej pod adresem: https://orident.pl/wp-content/uploads/2022/08/KLAUZULA-INFORMACYJNA_RODO.pdf.
2. ORIDENT zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.
3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - do wglądu w siedzibie ORIDENT;
 - poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
 - poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
 - za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - na informatycznym nośniku danych.
4. Zdjęcia rentgenowskie wykonywane są wyłącznie cyfrowo i mogą być wydane pacjentowi na płycie DVD lub przesłane pacjentowi drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany przez pacjenta (po odpowiednim zabezpieczeniu hasłem przez ORIDENT).

XI. Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej

1. ORIDENT nie pobiera opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

XII. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w związku z pobieraniem opłat za świadczenia

1. ORIDENT nie ma podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i wszystkie usługi medyczne świadczone przez ORIDENT są odpłatne.
2. Cennik świadczonych usług jest ogólnodostępny w siedzibie ORIDENT oraz na stronie internetowej ORIDENT dostępnej pod adresem: <https://orident.pl/cennik/>.
3. Cennik świadczonych usług stanowi **załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu. ORIDENT jest uprawniony do zmiany Cennika i w takiej sytuacji nowy Cennik jest stosowany do usług świadczonych po dniu jego zmiany.
4. ORIDENT pobiera zadek na leczenie stomatologiczne, gdy czas wizyty przekracza 1h.
5. Kwota zadatku na wizyty zaplanowane na 1h i dłuższe wynosi 50% kwoty ostatecznej do zapłaty określonej w Cenniku, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
6. Zadek jest rozliczany podczas wizyty, na której dane leczenie zostanie wykonane.
7. W przypadku nie umówienia terminu na zadatkowaną wizytę i nie odwołania wizyty, zadek przepada.
8. Zadek nie przepada, gdy wizyta zostanie przełożona minimum 24 godzin przed jej planowanym terminem rozpoczęcia.
9. Terminy wizyt powinny być odwoływane do 24 godzin przed planowaną wizytą poprzez kontakt telefoniczny na nr tel. +48 61 411 11 16 bądź poprzez wysłanie e-maila na adres pacjent@orident.pl.
10. Zadek ma na celu zabezpieczenie czasu pracy personelu ORIDENT i może być pobierany w przypadku rezerwacji wszystkich zabiegów wykonywanych w ORIDENT.

XIII. Sposób kierowania jednostką i komórkami organizacyjnymi ORIDENT

1. Działalnością ORIDENT kieruje zarząd komplementariusza ORIDENT, tj. zarząd ORIDENT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu (61-311), przy ul. Ługańskiej 5, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000695233, NIP 7822741134, REGON 36827133700000 (dalej jako: „**Kierownik**”).
2. Kierownik reprezentuje ORIDENT na zewnątrz oraz podejmuje decyzje dotyczące jego funkcjonowania.
3. Kierownik wykonuje wszelkie prawa i obowiązki nałożone na ORIDENT powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
4. Do obowiązków i uprawnień Kierownika należy:
 - kierowania pracą ORIDENT;
 - zarządzanie personelem ORIDENT, w tym określanie obowiązków, kompetencji i uprawnień poszczególnych członków personelu;
 - zarządzanie przestrzeganiem przez pracowników i osoby udzielające świadczeń na podstawie umów innych niż umowa o pracę, przepisów bhp i przeciwpożarowych;
 - przyjmowanie skarg oraz prowadzenie korespondencji z nimi związanej;
 - zatwierdzania procedur, instrukcji i innych wewnętrznych aktów normatywnych;
 - wydawanie zarządzeń wewnętrznych regulujących bieżącą działalność ORIDENT;
 - nadzór nad jakością udzielania świadczeń medycznych;
 - zatwierdzanie harmonogramów pracy osób udzielających świadczeń medycznych;
 - nadzór nad dysponowaniem zasobami farmaceutycznymi ORIDENT;
 - nadzór nad utrzymaniem urządzeń, sprzętu, aparatury medycznej i zajmowanych pomieszczeń w należytym stanie technicznym z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - dbanie o udzielanie świadczeń medycznych wyłącznie przez personel o niezbędnych kwalifikacjach zawodowych.

XIV. Obowiązki personelu pracującego w ORIDENT

1. Obowiązki personelu recepcji:
 - rozliczanie pacjentów za wykonane zabiegi stomatologiczne (monitorowanie i ewidencjonowanie niedopłat pacjentów);
 - przedstawianie Pacjentom obowiązującego cennika wykonywanych usług;
 - rejestracja oraz dokonywanie wszystkich zmian terminu wizyt pacjentów;
 - przygotowywanie kart zarejestrowanych pacjentów;
 - archiwizacja dokumentacji medycznej;
 - przestrzeganie tajemnicy informacji objętych tajemnicą lekarską;
 - przestrzeganie przepisów i zasad BHP, ppoż. oraz postanowień procedur ORIDENT.
2. Obowiązki personelu medycznego – lekarzy stomatologów:
 - wykonywanie zawodu lekarza dentysty zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyłą starannością, a w szczególności zgodnie z Ustawą o Wykonywaniu Zawodów Lekarza i Lekarza Dentysty oraz Kodeksem Etyki Lekarskiej;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - wystawianie zwolnień lekarskich, recept oraz zaświadczeń w zakresie przeprowadzonego leczenia;
 - przestrzeganie tajemnicy informacji objętych tajemnicą lekarską;
 - podnoszenie kwalifikacji zawodowych;

- noszenie identyfikatora oraz stroju służbowego;
 - przestrzeganie przepisów prawa, zasad BHP i ppoż. oraz postanowień procedur ORIDENT.
3. Obowiązki asystentek stomatologicznych:
- Wsparcie lekarzy stomatologów w zakresie świadczenia usług medycznych;
 - utrzymywanie sterylności gabinetów stomatologicznych;
 - dbałość o sprawność sprzętu i sterylność narzędzi;
 - zaopatrzenie gabinetu w materiały stomatologiczne;
 - noszenie identyfikatora oraz stroju służbowego;
 - przestrzeganie przepisów prawa, zasad BHP i PPOŻ oraz postanowień procedur ORIDENT.

XV. Prawa i obowiązki pacjentów

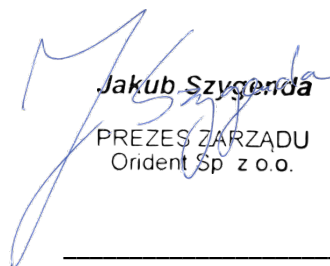
1. W czasie korzystania ze świadczeń medycznych w ORIDENT pacjent ma prawo do:
 - świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, wykonywanych dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób przez osoby wykonujące zawód medyczny, z należytą starannością i zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
 - wyczerpującej i zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia;
 - uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami;
 - o wyrażenia zgody na udzielenie wyżej wymienionych informacji osobom upoważnionym, wskazanym w dokumentacji medycznej;
 - poszanowania godności osobistej oraz uprzejmego traktowania przez personel ORIDENT;
2. Do obowiązków pacjenta należy:
 - posiadanie stosownego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - udzielanie w trakcie wywiadu lekarskiego pełnej i prawdziwej informacji o jego stanie zdrowia i przebiegu dotychczasowego leczenia. Pacjent jest zobowiązany poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach (w tym także niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną wizyty w ORIDENT).
 - przestrzeganie zakazu palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu na terenie ORIDENT;
 - przestrzeganie zasad bezpieczeństwa oraz ppoż.;
 - przestrzeganie zaleceń lekarza;
3. Orzeczenia lekarskie dotyczące stanu zdrowia pacjentów wydawane są zgodnie z regulacjami Ustawy o Zawodach lekarza i Lekarza Dentysty.
4. Pacjent nie ma prawa do nagrywania wizerunku oraz głosu personelu ORIDENT za pośrednictwem nośników, telefonów komórkowych, dyktafonów, tabletów i innych urządzeń komunikacyjnych.
5. Podczas leczenia w gabinecie stomatologicznym może przebywać poza pacjentem lekarz stomatolog oraz asystentka stomatologiczna. W niektórych sytuacjach może znajdować się osoba trzecia w postaci asystenta stomatologicznego lub praktykanta. Na wyraźną prośbę Pacjenta w gabinecie może przebywać osoba towarzysząca.

XVI. Postanowienia końcowe

1. Regulamin ustala i zatwierdza Kierownik ORIDENT.
2. W sprawach nieuregulowanych Regulaminem zastosowanie mają odrębne przepisy.
3. Podanie Regulaminu do wiadomości pacjentów następuje poprzez udostępnienie go na wniosek pacjenta w rejestracji ORIDENT.
4. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych pacjentów ORIDENT znajdują się na stronie internetowej pod adresem: https://orident.pl/wp-content/uploads/2022/08/KLAUZULA-INFORMACYJNA_RODO.pdf.
5. Postanowienia regulaminu zostają podane do wiadomości wszystkich zatrudnionych w ORIDENT.
6. Załączniki do Regulaminu stanowią jego integralną część.
7. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 roku.

Załączniki:

- 1) Cennik ORIDENT,
- 2) Zgoda na leczenie,
- 3) Zgoda na leczenie (leczenie warunkowe),
- 4) Zgoda na leczenie endodontyczne,
- 5) Zgoda na leczenie (aparaty elastyczne),
- 6) Zgoda na leczenie ortodontyczne,
- 7) Zgoda na znieczulenie miejscowe.



Jakub Szycenda
PREZES ZARZĄDU
Orident Sp. z o.o.

Podpis

ZGODA NA LECZENIE

Data wydruku: 31-01-2023

Orident Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka
komandytowa,
REGON: 36831753600017
Kod Res.: 000000195490
Orident (kod res. 01)
Ługańska 5
61-311 Poznań
Tel.: +48614111116

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko

PESEL

adres

Pacjenta przyjęto w celu wykonania zabiegu:

- 1) leczenia kanałowego
- 2) usunięcia zęba
- 3) inne
- 4) inne

Pacjent został poinformowany o konieczności leczenia, pouczone o sposobie i przebiegu leczenia oraz jego zgodności z aktualną wiedzą medyczną. Przeprowadzono wywiad na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, reakcji uczuleniowych na leki.

(ewentualne uwagi).....

Pacjentowi przedstawiono pisemną informację o ryzykach związanych z leczeniem oraz o możliwości wystąpienia powikłań.

Wyrażenie zgody na leczenie przez Pacjenta (przedstawiciela ustawowego osoby poniżej lat 18-tu, ubezwłasnowolnionej całkowicie, ubezwłasnowolnionej częściowo. Od osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia odbiera się zgodę niezależnie od odebrania zgody od ich przedstawiciela ustawowego).

- 1) Czy wyraża Pan(Pani) zgodę na przeprowadzenie wskazanego leczenia?

.....

- 2) Czy wyraża Pan(Pani) zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego?

.....

- 3) Czy otrzymał(a) Pan(Pani) przystępną informację o ryzykach i możliwych powikłaniach związanych z leczeniem, znieczuleniem ?

.....

- 4) Czy zgłasza Pan (Pani) uwagi odnośnie przedstawionych pouczeń bądź zalecanego leczenia ?

.....

- 5) Czy zobowiązuje się Pan (Pani) przestrzegać zaleceń lekarskich odnośnie utrzymywania higieny jamy ustnej, wyznaczonych terminów wizyt kontrolnych, podczas których każdorazowo zostanie wykonane zdjęcie RTG?

.....

- 6) Oświadczam, iż znam i rozumiem treść tego pisma, i w mojej obecności wypełniono puste miejsca, co poświadczam podpisem.

Poznań, dnia

Podpis pacjent (opiekuna prawnego)

ZGODA LECZENIE WARUNKOWE

Data wydruku: 31-01-2023

Orient Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka
komandytowa,
REGON: 36831753600017
Kod Res.: 000000195490
Orient (kod res. 01)
Ługańska 5
61-311 Poznań
Tel.: +48614111116



Poznań, dnia

I. W dniu został (a) przyjęty (a) Pacjent (ka)

Imię i nazwisko pacjenta PESEL

w celu wykonania zabiegu:

.....
Pacjent (ka) został (a) poinformowany (a) o konieczności leczenia, pouczony (a) o sposobie i przebiegu leczenia oraz jego zgodności z aktualną wiedzą medyczną.

Przeprowadzono wywiad na temat stanu zdrowia, przyjmowanych leków, reakcji uczuleniowych na leki. Oświadczam, że udzieliłem (am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego.

Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Ewentualne uwagi:

.....
Pacjentowi (ce) przedstawiono pisemną informację o ryzykach związanych z leczeniem oraz o możliwości wystąpienia powikłań.

Jednocześnie zostałem (am) poinformowany (a):

- 1) o tym, że wskazania lekarskie nie dają dużych szans na powodzenie w leczeniu zęba;
- 2) o tym, że pomimo podjętego leczenia może okazać się ono nieskuteczne i może zaistnieć konieczność usunięcia zęba;
- 3) o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie, a także o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia;
- 4) o kosztach leczenia w wysokości, które akceptuję i zobowiązuję się je pokryć, nawet w przypadku gdy podjęte leczenie okaże się nieskuteczne lub zaistnieje konieczność usunięcia zęba.

II. Wyrażenie zgody na leczenie przez Pacjenta (kę) (przedstawiciela ustawowego osoby poniżej 18 roku życia, ubezwłasnowolnionej całkowicie, ubezwłasnowolnionej częściowo; od osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia odbiera się zgodę niezależnie od odebrania zgody od ich przedstawiciela ustawowego) zgodnie z art. 31-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.

o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

- 1) Czy wyraża Pan (Pani) zgodę na przeprowadzenie wskazanego leczenia w zakresie

....., przez lekarza den
.....?

- 2) Czy wyraża Pan (Pani) zgodę na zastosowanie znieczulenia miejscowego?

- 3) Czy otrzymał(a) Pan (Pani) przystępną informację o ryzykach i możliwych powikłaniach związanych z leczeniem, znieczuleniem?

- 4) Czy zgłasza Pan (Pani) uwagi odnośnie przedstawionych pouczeń bądź zalecanego leczenia?

- 5) Czy zobowiązuje się Pan (Pani) przestrzegać zaleceń lekarskich odnośnie utrzymywania higieny jamy ustnej, wyznaczonych terminów wizyt kontrolnych, podczas których każdorazowo zostanie wykonane zdjęcie RTG?

.....
Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Oświadczam, iż znam i rozumiem treść niniejszego pisma, i w mojej obecności wypełniono puste miejsca, co poświadczam podpisem.

ZGODA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE

Data wydruku: 31-01-2023

Orient Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka
komandytowa,
REGON: 36831753600017
Kod Res.: 000000195490
Orient (kod res. 01)
Ługańska 5
61-311 Poznań
Tel.: +48614111116



Dane pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

adres

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - w złożonej w Orient Stomatologia ankiecie. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia w stosunku do danych podanych w ankiecie zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o tym, że leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym,
2. o tym, że ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne,
3. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a w szczególności o tym, że:
 - a) w przypadku kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
 - b) leczenie powtórne jest zawsze trudniejsze i nie w każdym przypadku można je wykonać, jest też obciążone większym ryzykiem powikłań i niepowodzeń;
 - c) podczas leczenia endodontycznego może dojść do złamania korony zęba, lub konieczności celowego zniesienia części korony zęba przez lekarza, by umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia, możliwa jest perforacja kanału korzeniowego lub komory miazgi zęba, istnieje ryzyko złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba;
 - d) w trakcie leczenia kanałowego zęba z założoną koroną protetyczną dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej świadomego usunięcia;
 - e) w czasie leczenia endodontycznego, a zwłaszcza po jego zakończeniu mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
 - f) w niektórych przypadkach w czasie leczenia endodontycznego może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (ból samoistny zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynienie przetoki). Może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;
 - g) leczenie endodontyczne zębów ze zmianami w okolicy okołowierzchołkowej jest obarczone większym ryzykiem; czasami mimo przeprowadzonego leczenia zmiany te mogą nie goić się prawidłowo - to może zmniejszyć szanse na utrzymanie danego zęba w jamie ustnej;
 - h) mimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba;
4. o tym, że po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba. Przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa zachowawcza za pomocą wypełnienia. Jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą wkładu koronowego (INLAY) lub wkładu koronowo-korzeniowego i korony protetycznej. Tylko szczelna i trwała odbudowa przeciwdziała wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;
5. o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich;
6. o tym, że po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne wraz ze zdjęciem RTG, w terminach zaleconych przez lekarza;
7. o kosztach leczenia, które akceptuję.

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie endodontyczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie endodontyczne nie zabezpiecza także przed próchnicą, złamaniem zęba oraz chorobami przyzębia. W wyjątkowych sytuacjach leczone ząb może wymagać ponownego leczenia, zabiegu chirurgii endodontycznej lub usunięcia. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Niniejszym świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na leczenie kanałowe:

Data i podpis lekarza dentysty

Data i czytelny podpis pacjenta
(rodzica lub opiekuna)

Dane pacjenta

Imię i nazwisko
PESEL
adres

Planowane leczenie ortodontyczne znajduje się w karcie Pacjenta.

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 planowanego wyżej opisanego 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):

1. o rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia,
3. o tym, że zakres pracy może różnić się od zaplanowanego, jeżeli w trakcie leczenia wynikną
4. o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. o tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza
6. o kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach wynikną nieprzewidziane okoliczności).

Wyrażam zgodę na dokonanie w tej sytuacji korekty kosztorysu (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

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

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data i podpis lekarza dentysty

Data i czytelny podpis pacjenta
(rodzica lub opiekuna)

APARATY ELASTYCZNE

Aparaty elastyczne przeznaczone są do wczesnego leczenia nieprawidłowego ustawienia zębów u dzieci w wieku od 3 r.ż. do 11 r.ż.

Ustawiają one wyżynające się zęby w łuku zębowym w idealniej pozycji, wykorzystując pracę mięśni pacjenta. Dzięki temu uzyskuje się prawidłowy zgryz i unikamy rozwoju poważnych wad. Aparaty te redukują także problemy z polykaniem, ssaniem palca, wypychaniem języka, dysfunkcjami warg i oddychaniem.

Czas noszenia aparatu:

Aparat ten należy do aparatów ruchomych, który powinien być noszony nie mniej niż 4 godziny w ciągu dnia (nie krócej niż 30min jednorazowo) i 8 godzin w nocy. Dzieci powinny starać się trzymać usta zamknięte, przez cały czas, kiedy aparat jest w jamie ustnej.

Higiena i pielęgnacja:

Po każdym użyciu, aparat należy opłukać pod ciepłą wodą, a raz dziennie wyszczotkować pastą do zębów pod zimną wodą.

Kiedy aparat nie jest używany, powinien być przechowywany w praktycznym i higienicznym, otwartym pudełku.

Ze względu na materiał, z którego wykonany jest aparat, nie należy się nim bawić - wkładając, wyjmując z jamy ustnej, oraz nie należy go gryźć.

**ZGODA NA LECZENIE
ORTODONTYCZNE**

Data wydruku: 27-01-2023

Orient Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością Spółka komandytowa,
REGON: 36831753600017
Kod Res.: 000000195490
Orient (kod res. 01)
Ługańska 5
61-311 Poznań
Tel.: +48614111116



Dane Pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta
PESEL
adres

Plan leczenia:

Powód leczenia:

Metoda leczenia (rodzaj aparatu):

Planowany czas leczenia:

Opis przewidywanych efektów leczenia:

Dla uzyskania właściwego ustawienia zębów względem siebie konieczne będzie zastosowanie wyciągów wewnątrzustnych. Są to małe gumki rozpinane pomiędzy poszczególnymi zębami przez pacjenta, co wymaga pełnej współpracy i stosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego.

Zalecenia dla pacjenta ortodontycznego, noszącego stały aparat.

Podczas leczenia ortodontycznego niezbędne są wizyty kontrolne co 4 do 6 tygodni. Nieregularne wizyty mogą przyczynić się do wydłużenia czasu leczenia lub wpłynąć na jego niewłaściwy przebieg. Należy pamiętać, że sukces leczenia ortodontycznego zależy w znacznym stopniu od pacjenta, który musi ściśle współpracować z lekarzem prowadzącym leczenie i bezwzględnie wypełniać zalecenia. Ortodonta odpowiedzialny za leczenie, nie może odpowiadać za niezgodne z zaleceniami postępowanie pacjenta i wynikające z tego komplikacje.

Zalecenia:

1. Higiena jamy ustnej. Naklejone elementy aparatu ortodontycznego są miejscem zwiększonej retencji płytki nazębnej i resztek pokarmowych. Z tego względu podczas leczenia ortodontycznego należy dokładnie myć zęby pastą po każdym posiłku i używać płynu do płukania jamy ustnej. Należy stosować środki dostępne na rynku, zawierające fluor (chyba, że lekarz zaleci inaczej). W przypadku niestosowania się do powyższego zalecenia, dla zachowania zdrowych zębów, lekarz może zdecydować o konieczności zdjęcia aparatu.
2. Przestrzeganie harmonogramu wizyt. Wizyty ortodontyczne odbywają się w zależności od rodzaju aparatu co 4-8 tygodni. Nie zgłaszanie się na wizyty powoduje przedłużenie leczenia i zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań. W przypadku uszkodzenia aparatu konieczne są dodatkowe wizyty w celu usunięcia usterki i zabezpieczenia prawidłowego działania aparatu.
3. Czynne uczestniczenie w procesie leczenia. Niektóre procedury leczenia aparatem stałym wymagają aktywnego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia. Dotyczy to konieczności codziennego noszenia wyciągów międzyszczękowych, wyciągów zewnątrzustnych i aparatów retencyjnych itd.. Brak zaangażowania i systematyczności ze strony pacjenta spowoduje zahamowanie postępów leczenia. Konieczne jest też zgłaszanie na bieżąco swoich spostrzeżeń, dyskomfortu i niepokoju dotyczącego leczenia. Dobra komunikacja pacjent-lekarz zwiększa bezpieczeństwo terapii.
4. Wzmoczona ostrożność. Aparat jest z założenia tymczasowo naklejony na zęby pacjenta, gdyż istnieje konieczność jego bezpiecznego zdjęcia po zakończeniu aktywnego leczenia. Z tego powodu jest on narażony na uszkodzenia w przypadku braku ostrożności ze strony pacjenta. Najważniejsze jest uważne spożywanie twardych pokarmów. Twarde pokarmy należy kroić na małe kawałki tak aby nie odgryzać ich przednimi zębami. Nie należy też manipulować przy aparacie np.: długopisem, ołówkiem lub palcem. Stan po leczeniu jest wypadkową zbiorowego wysiłku ortodonta, personelu gabinetu, ale również pacjentów i ich rodziców.

Piękny uśmiech i zdrowie zębów zależą również od pacjenta.

W trakcie leczenia ortodontycznego może pojawić się konieczność przeprowadzenia zabiegu higienizacji. Aby prawidłowo ocenić przebieg leczenia w jego trakcie pacjent będzie zobowiązany do wykonania zdjęć

rentgenowskich.

Lekarz prowadzący odpowiada za prowadzenie leczenia i nadzoruje jego przebieg, a poszczególne wizyty i zabiegi są wykonywane przez wykwalifikowaną kadrę lekarską.

Po zakończeniu leczenia zostaną wykonane aparaty retencyjne, których zadaniem jest utrzymanie wyników leczenia.

Okres retencji to minimum 2 lata.

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na wykonanie planowanego wyżej opisanego świadczenia zdrowotnego.

Oświadczam, że udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia.

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego.

Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Zostałem/am poinformowany/a o najczęściej zdarzających się powikłaniach:

1. Próchnica zębów i odwapnienia. Aparaty ortodontyczne nie powodują próchnicy, są jednak miejscem dodatkowej retencji resztek pokarmu i płytki nazębnej. Nieprawidłowa higiena (patrz zalecenia dla pacjenta ortodontycznego) może powodować zwiększone ryzyko próchnicy i odwapnień. Najbardziej charakterystyczne są białe plamy powstające pomiędzy linią dziąsła a zamkami ortodontycznymi. Są one trudne do zlikwidowania i w przypadku ich pojawienia się lekarz może zalecić zdjęcie aparatu. Należy również podkreślić, że noszenie aparatu stałego nie zwalnia pacjenta z profilaktycznych wizyt i przeglądów u stomatologa co najmniej co 6 miesięcy.

2. Utrata żywotności zęba podczas leczenia ortodontycznego. Jest to zwykle związane z urazem danego zęba, może być także rezultatem dużego ubytku lub dużego wypełnienia znajdującego się w zębie. Ząb zwykle wtedy przebarwia się i wymaga leczenia kanałowego w celu jego utrzymania.

3. Obrzęk dziąseł i choroby przyzębia. Problemy z przyzęciem mogą pojawić się na każdym etapie leczenia ortodontycznego, a najczęściej spowodowane są niedostateczną higieną. Może je wywołać również specyficzna flora bakteryjna i obciążenie genetyczne. W takim wypadku konieczna jest wizyta u specjalisty periodontologa i kontrole co 3-6 miesięcy. Pacjent z chorym przyzęciem może być leczony aparatem stałym, lecz powinno się to odbywać wyłącznie w okresie remisji choroby. Aktywna choroba przyzębia jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do leczenia ortodontycznego. Warto też podkreślić, że choroba przyzębia pojawia się bardzo rzadko. Najczęściej występuje proste zapalenie dziąsła (obrzęk i krwawienie), które mija natychmiast po wdrożeniu prawidłowej higieny. Pacjenci z cukrzycą, chorobami tarczycy i kobiety w ciąży są szczególnie narażeni na choroby dziąseł i resorpcje korzeni i dlatego będą objęci szczególną opieką lekarza.

4. Skrócenie korzeni zębów. Podczas leczenia ortodontycznego u pacjentów może dochodzić do skrócenia korzeni zębów o różnym nasileniu. Niestety nie można przewidzieć, których pacjentów może dotyczyć ten problem. Proces ten jest uwarunkowany genetycznie. Nieznaczne skrócenie długości korzeni nie powoduje żadnych negatywnych następstw. Wyłącznie agresywne skracanie się korzenia zęba jest wskazaniem do przerwania leczenia. Należy wiedzieć, że w pojedynczych przypadkach może dochodzić do samoistnego skrócenia korzeni zębów, u osób nie leczonych ortodontycznie. Do kontroli postępów leczenia może być konieczne powtórne wykonanie zdjęć radiologicznych.

5. Czas leczenia. Czas leczenia zależy od wielu czynników: nasilenia wady, potencjału wzrostu i wieku pacjenta oraz jego współpracy. Średni czas aktywnego leczenia ortodontycznego wynosi 2 lata i może ulec wydłużeniu, jeśli wystąpi nieprzewidziany niekorzystny wzrost, jeśli sprowadzane są zęby zatrzymane lub leczone są ciężkie wady morfologiczne. Modyfikację czasu leczenia może spowodować również indywidualna różna podatność tkanek pacjenta (kości i tkanek miękkich) na zastosowane siły ortodontyczne. Podany czas obejmuje wyłącznie leczenie aktywne. Następnie wymagany jest okres retencji (często wieloletni). Znaczne wydłużenie czasu leczenia następuje w przypadku braku współpracy ze strony pacjenta tj. nieterminowego zgłaszania się na wizyty, odklejania zamków i innych mechanicznych uszkodzeń aparatu.

6. Stawy skroniowo-żuchwowe. Bóle w stawie skroniowo-żuchwowym mogą wystąpić bez lub podczas leczenia ortodontycznego. Najczęściej wywołuje je nadmierne zaciskanie i zgrzytanie zębami. Dolegliwości mogą spowodować również stany pourazowe, reumatoidalne zapalenie stawów, wrodzone skłonności do zaburzeń w stawach. Pojawiające się dolegliwości należy natychmiast zgłosić ortodonta, gdyż mogą wymagać konsultacji ze specjalistą.

7. Urazy spowodowane aparatami ortodontycznymi. W trakcie leczenia ortodontycznego mogą wystąpić uszkodzenia tkanek twardych i miękkich jamy ustnej. Szczególnie w pierwszych dobach po założeniu aparatu na języku i policzkach pojawiają się drobne otarcia (dolegliwościom może zapobiec użycie wosku ortodontycznego). Dolegliwości te znikają po okresie adaptacji i nie mają znaczenia praktycznego. Podczas zdejmowania aparatu ortodontycznego może dojść do uszkodzenia szkliwa i wszelkiego rodzaju uzupełnień. Dotyczy to szczególnie aparatów estetycznych.
8. Nawroty. Zakończony proces leczenia ortodontycznego nie gwarantuje idealnie prostych zębów do końca życia. W celu utrzymania pozycji zębów wymagane jest noszenie indywidualnie dobranych retainerów zgodnie z zaleceniami ortodonta. Mimo to zmiany ustawienia zębów mogą wystąpić z przyczyn naturalnych jak nawyki: tłoczenie języka, oddychanie przez usta oraz wzrost i starzenie się.
9. Alergia. U pacjentów uczulonych na metale objawy alergiczne mogą ujawnić się podczas leczenia ortodontycznego w odpowiedzi na wzrost stężenia jonów niklu, chromu, miedzi pochodzących z aparatu ortodontycznego. Reakcje alergiczne mogą wystąpić również po kontakcie z akrylem, lateksem. Z reguły w/w reakcje objawiają się w postaci miejscowego odczynu alergicznego: zapalenie jamy ustnej, utrata smaku lub metaliczny posmak, uczucie drętwienia, uczucie pieczenia, różnego stopnia przerostowe zapalenie dziąseł przy braku obecności płytki nazębnej. W przypadku wystąpienia w/w objawów należy poinformować lekarza prowadzącego.
10. Resorpcja. Resorpcja korzeni jest procesem, w wyniku którego dochodzi do trwałej utraty twardych tkanek zęba. Proces ten podczas leczenia ortodontycznego jest związany ze zmianami morfologii i fizjologii tkanek przyzębia, które zachodzą w kości wyrostka zębodołowego, cementie i w ozębnej. Do końca nie jest poznany czynnik etiologiczny tego zjawiska.
11. Recesja dziąsła jest obnażeniem powierzchni korzenia zęba powstałym w wyniku utraty tkanek przyzębia brzeżnego. Recesje są spowodowane zaburzeniami morfologicznymi a także czynnościowymi tkanek zęba oraz przyzębia. Ich przyczyną może być także nieprawidłowa technika szczotkowania zębów.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojej dokumentacji (w tym fotograficznej) w celach naukowych oraz edukacyjnych.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. O rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z leczeniem ortodontycznym i z zaakceptowanym przeze mnie sposobie leczenia.
3. 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.
4. O konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.
5. O tym, że warunkiem powodzenia leczenia jest pełne stosowanie się do zaleceń lekarza.
6. O kosztach leczenia, które akceptuję.

Zobowiązuję się do zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych terminach. Przyjmuję do wiadomości, że lekarz prowadzący dyżuruje wyłącznie w określonych terminach tj.:

.....
oraz że terminy dyżurów mogą ulec zmianie w trakcie leczenia i nie wnoszę w związku z tym żadnych zastrzeżeń.

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.

Data, Podpis i pieczęć lekarza dentysty

Czytelny podpis pacjenta (rodzica i/lub opiekuna)

ZGODA NA ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

Data wydruku: 31-01-2023

Orident Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka
komandytowa,
REGON: 36831753600017
Kod Res.: 000000195490
Orident (kod res. 01)
Ługańska 5
61-311 Poznań
Tel.: +48614111116

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

adres

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w ankiecie złożonej w ORIDENT Stomatologia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia w stosunku do danych podanych w ankiecie zobowiązuję się każdorazowo powiadomić lekarza prowadzącego, w celu umożliwienia doboru odpowiedniego środka znieczulającego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. o zakresie znieczulenia miejscowego, jako zabiegu polegającego na zniesieniu przewodnictwa w zakresie odczuwania bólu, przy zachowaniu czucia, świadomości i odruchów fizjologicznych,
2. czasie utrzymywania się znieczulenia, który przeciętnie trwa od 2-ch do 4-ch godzin od podania znieczulenia i następnie zaczyna stopniowo słabnąć,
3. o możliwości utrzymywania się po zastosowaniu niektórych środków znieczulających częściowego miejscowego, utrzymującego się w okolicach podania znieczulenia porażenia mimicznego twarzy, ustępującego zwykle bez dodatkowego leczenia po wchłonięciu się płynu znieczulającego,
4. o technice zabiegu i przebiegu proponowanego znieczulenia,
5. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań
 - a) miejscowych, takich jak: obrzęk, krwiak, miejscowa bolesność, anemizacja skóry twarzy (miejscowe zblednięcie tkanek skóry np. policzka), zaburzenia czucia na obszarze zaopatrywanym przez nerw (może się utrzymywać od 6 do 12 miesięcy), niedostateczne znieczulenie
 - b) ogólnych, takich jak: omdlenie, reakcja alergiczna lub toksyczna (drgawki, zaburzenia widzenia, kurcze mięśni, drętwienie języka, a w skrajnych przypadkach śpiączka, niewydolność krążeniowo - oddechowa, a nawet zgon), zranienie mięśnia, nerwu, naczyń krwionośnych tkanek, złamanie igły (przy gwałtownym ruchu pacjenta), powstanie ropnia w miejscu wkłucia.

Powyższe informacje przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące znieczulenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach postępowania, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym rodzajom znieczulenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane, a leczenie w znieczuleniu stosowane jest wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Niniejszym świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na podanie środka znieczulenia miejscowego zęba/-ów

Data i podpis lekarza dentysty

Data i czytelny podpis pacjenta
(opiekuna prawnego)