

**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. Nagrania obrazu 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 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 implantologiczne - 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.
- leczenie w sedacji wziewnej **załącznik nr 9** 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 10** 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 udzielenia 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

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. Zapłata za świadczoną usługę pobierana jest po wykonaniu całej usługi w przypadku, gdy dany zabieg przeprowadzany jest na jednej wizycie. W przypadku, gdy usługa wykonywana jest w toku kilku wizyt, każda wizyta podlega odrębnej zapłacie, uwzględniającej zakres czynności wykonanych w toku danej wizyty.

5. ORIDENT udostępnia następujące formy płatności za świadczone usługi medyczne:
 - płatność gotówkowa;
 - płatność elektroniczna w placówce ORIDENT;
 - przelew na rachunek ORIDENT:
ORIDENT sp. z o.o. sp.k.
Nr rachunku: 15 1140 1124 0000 4397 7000 1007
Zalecany tytuł: DATA I GODZINA ZABIEGU ORAZ IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA
 - płatność za pośrednictwem linku przesłanego na żądanie pacjenta: telefonicznie lub mailowo; ORIDENT informuje, że podmiotem świadczącym obsługę płatności zdalnej jest mElements S.A., KRS: 0000590484, NIP: 5223047892, REGON: 363203696.
6. Umówienie każdej z usług uzależnione jest od dokonania rezerwacji terminu i godziny wykonania usługi i wpłaty zadatku. Zasady rezerwacji, wpłaty i rozliczania zadatku przedstawia pkt XIII niniejszego Regulaminu.

XIII. Zasady rezerwacji zabiegów, wpłat i rozliczeń zadatku

1. ORIDENT dokonuje wstępnej rezerwacji terminu i godziny (lub godzin) wykonania usługi na żądanie Pacjenta zgłoszone telefonicznie lub osobiście w placówce ORIDENT. Termin i godzina ustalane są w porozumieniu z pacjentem z uwzględnieniem dostępności personelu ORIDENT oraz dokonanych już wcześniej rezerwacji dla innych pacjentów.
2. Przy dokonywaniu rezerwacji wstępnej, pacjent zobowiązany jest do podania następujących danych: imienia, nazwiska, numeru telefonu do kontaktu.
3. W przypadku, gdy pacjent dokonuje rezerwacji wstępnej telefonicznie, zobowiązany jest dodatkowo podać adres mailowy, na który zostanie mu przesłana informacja o dokonaniu wstępnej rezerwacji, do której załączany jest również niniejszy Regulamin.
4. Dokonanie rezerwacji definitywnej, wstępnie zarezerwowanego terminu i godziny, uzależnione jest od:
 - dokonania przez pacjenta wpłaty zadatku;
 - a dodatkowo – w przypadku, gdy rezerwacja wstępna dokonana została telefonicznie, od potwierdzenia dokonania rezerwacji przez pacjenta; pacjent dokonuje potwierdzenia mailowo, w odpowiedzi na wiadomość mailową ORIDENT, o której mowa w ust. 2 powyżej; potwierdzenia pacjent powinien dokonać najpóźniej w terminie 2 dni roboczych od otrzymania wiadomości mailowej od ORIDENT.
5. Zadatek musi zostać wpłacony nie później niż w ciągu 2 dni roboczych od dokonania rezerwacji wstępnej, jednak nie wcześniej niż po mailowym potwierdzeniu przez pacjenta rezerwacji dokonanej telefonicznie, zgodnie z ust. 4 powyżej. Brak wpłaty w tym terminie powoduje wygaśnięcie rezerwacji wstępnej. Ilekroć w Regulaminie mowa jest o dniach roboczych, należy przez to rozumieć dni inne niż niedziele, soboty i dni ustawowo wolne od pracy.
6. Zadatek wynosi: 300 zł za każdą rozpoczętą godzinę rezerwacji wstępnej przewidywanej na wykonanie usługi. W uzgodnieniu z pacjentem zadatek może zostać ustalony w innej kwocie.
7. Pacjent zobowiązany jest do wpłaty zadatku osobiście w placówce ORIDENT lub przelewem na konto:
ORIDENT sp. z o.o. sp.k.
15 1140 1124 0000 4397 7000 1007
Zalecany tytuł: DATA I GODZINA ZABIEGU ORAZ IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

8. Pacjent może także dokonać wpłaty zadatku poprzez przesłany mu na jego żądanie: telefonicznie lub mailowo - link do płatności zdalnych. ORIDENT informuje, że podmiotem świadczącym obsługę płatności zdalnej jest mElements S.A., KRS: 0000590484.
9. Zadek ma znaczenie określone w art. 394 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.1964.16.93 z późn.zm.), z następującymi zastrzeżeniami:
 - w razie wykonania usługi (zabiegu), objętej rezerwacją, zadek ulega zaliczeniu na poczet wynagrodzenia ORIDENT za wykonanie usługi (zabiegu);
 - w razie, gdy pacjent nie stawi się na zarezerwowaną wizytę lub nie podda się zabiegowi na tej wizycie z przyczyn niedotyczących ORIDENT, ORIDENT może bez wyznaczenia terminu dodatkowego odstąpić od rezerwacji i otrzymany zadek zachować; ORIDENT dąży jednak przede wszystkim do przeniesienia w porozumieniu z pacjentem zabiegu na późniejszy termin – w przypadku, gdy pacjent zadeklaruje gotowość poddania się zabiegowi w późniejszym terminie, ORIDENT wstrzyma się z definitywnym zachowaniem zadatku przez okres 2 miesięcy od daty pierwotnej rezerwacji,
 - w razie, gdy z przyczyn dotyczących ORIDENT nie dojdzie do wykonania zabiegu na zarezerwowanej wizycie, pacjent może bez wyznaczania terminu dodatkowego odstąpić od rezerwacji i żądać zapłaty sumy odpowiadającej dwukrotności danego zadatku;
 - w razie, gdy nie dojdzie do wykonania zabiegu na zarezerwowanej wizycie wskutek okoliczności, za które żadna ze stron nie ponosi odpowiedzialności albo za które ponoszą odpowiedzialność obie strony, ORIDENT dokona zwrotu zadatku pacjentowi;
 - w razie, gdy pacjent dokona odwołania rezerwacji najpóźniej na 48 h przed zarezerwowaną godziną zabiegu, ORIDENT dokona zwrotu zadatku pacjentowi; jeżeli zabieg jest ustalony na poniedziałek, odwołania rezerwacji można dokonać najpóźniej w ostatni dzień roboczy poprzedniego tygodnia do godziny 10:00;
 - w razie, gdy strony dokonają zgodnego przeniesienia zabiegu na inny termin, na prośbę jednej ze stron, zgłoszoną najpóźniej na 48 h przed pierwotnie zarezerwowaną godziną zabiegu, zadek przechodzi na poczet rezerwacji tego kolejnego terminu; termin ten nie może przypadać później niż 2 miesiące od daty pierwotnego terminu rezerwacji; jeżeli zabieg jest ustalony na poniedziałek, zgłoszenie prośby przeniesienia rezerwacji można dokonać najpóźniej w ostatni dzień roboczy poprzedniego tygodnia do godziny 10:00; ustalone w tym punkcie reguły przeniesienia zabiegu dotyczą obu stron.
10. Bez uszczerbku dla powyższego punktu dotyczącego zasad rozliczania zadatku, terminy wizyt powinny być odwoływane do 48 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. Jeżeli zabieg jest ustalony na poniedziałek, odwołania rezerwacji można dokonać najpóźniej w ostatni dzień roboczy poprzedniego tygodnia do godziny 10:00.
11. Zadek ma na celu zabezpieczenie czasu pracy personelu ORIDENT i może być pobierany w przypadku rezerwacji wszystkich zabiegów wykonywanych w ORIDENT.
12. Niezależnie od postanowień dotyczących zadatku, ORIDENT informuje pacjenta, że w przypadku, gdy dokonał telefonicznej rezerwacji terminu i godziny wizyty, przysługuje mu ustawowe prawo odstąpienia od umowy rezerwacyjnej, z którego skorzystać może w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia. Umowa rezerwacyjna ma datę zawarcia wynikającą z dokonania przez pacjenta czynności określonych w ust. 4 (wpłata zadatku i ewentualne mailowe potwierdzenie wstępnej rezerwacji telefonicznej – jeśli dotyczy). Skorzystanie z

tego prawa odstąpienia od umowy, uprawnia także pacjenta do otrzymania zwrotu wpłaconego zadatku.

13. Jeżeli na wyraźne żądanie pacjenta wykonywanie usługi (zabiegu) ma się rozpocząć przed upływem terminu do odstąpienia od umowy rezerwacyjnej, zawartej na odległość, ORIDENT wymaga od pacjenta, aby w ramach mailowego potwierdzenia rezerwacji, o którym mowa w ust. 4., pacjent oświadczył, że żąda wykonania usługi (zabiegu) przed upływem okresu odstąpienia od umowy rezerwacyjnej oraz że przyjął do wiadomości informację o utracie prawa do odstąpienia od umowy rezerwacyjnej z chwilą jej pełnego wykonania przez przedsiębiorcę.
14. W celu usunięcia wątpliwości, ORIDENT oświadcza, że nie zawiera na odległość umów o świadczenie usług medycznych, ani telefonicznie, ani mailowo. Zawieranie umów na odległość (telefonicznie) dotyczy wyłącznie umów rezerwacyjnych, poprzedzających zawarcie docelowej umowy o świadczenie usług medycznych. Ilekroć w niniejszym punkcie XIII mowa jest o usłudze medycznej (zabiegu), jej wykonanie następuje w oparciu o odrębną umowę o świadczenie usług medycznych, zawieraną bezpośrednio w placówce ORIDENT.

XIV. 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 należyтым 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.

XV. 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 dentystry 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 Dentystry 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.

XVI. 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 należyłą 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;
 - do 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.

XVII. 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 lub w trybie przewidzianym w pkt XIII.3.
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 24 kwietnia 2024 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 implantologiczne,
- 7) Zgoda na leczenie ortodontyczne,
- 8) Zgoda na znieczulenie miejscowe,
- 9) Zgoda na leczenie w sedacji wziewnej
- 10) Wzór umowy na prace protetyczne.

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

Podpis

CENNIK ORIENTACYJNY

Drogi pacjencie, ze względu na fakt, że dopiero w trakcie zabiegu można ocenić wielkość wypełnienia oraz trudność zabiegu, ceny podane poniżej mają charakter orientacyjny, jednak nigdy nie przekraczają podanej górnej granicy

BADANIE STOMATOLOGICZNE

• I wizyta (zdjęcie panoramiczne + badanie jamy ustnej)	350
• porada lekarska 30 min.	150 zł
• konsultacja protetyczna 30 - 60 min.	300-600 zł
• konsultacja stawowa (staw skroniowo-zuchwowy)	600 zł
• konsultacja implantologiczna	300 zł
• konsultacja periodontologiczna	300 zł

WYPEŁNIENIA

• wypełnienie w zębie żywym w zależności od wielkości	450-750 zł
• rekonstrukcja kompozytowa po leczeniu kanałowym, ze wzmocnieniem włóknem szklanym	700-1000 zł

DZIECI

• wizyta adaptacyjna 30 min.	300 zł
• wypełnienie kompozyt. w zębie mlecznym ze znieczuleniem	400 zł
• wypełnienie w zębie stałym	450 - 700 zł
• leczenie kanałowe zębów mlecznych – 2 wizyty: – dewitalizacja w znieczuleniu (I)	250 - 400 zł
– wypełnienie lecznicze komory zęba (II)	350 zł
• usunięcie zęba mlecznego	200 - 300 zł
• leczenie kanałowe zębów stałych jak u dorosłych	

CHIRURGIA PODSTAWOWA

• ekstrakcja prosta wraz ze zdjęciem RTG	350 zł
• ekstrakcja trudna wraz ze zdjęciem RTG	550 zł
• opatrunek chirurgiczny	100 zł
• nacięcie ropnia	350 zł

CHIRURGIA SPECJALISTYCZNA

• konsultacja chirurgiczna	300 zł
• ekstrakcja atraumatyczna przed implantacją	550 zł
• usunięcie zęba mądrości „8”	550 zł
• usunięcie zawiązka zębowego / zęba zatrzymanego	1 000 zł
• plastyka połączenia ustno-zatokowego	750 - 1500 zł
• usunięcie zmiany + badanie histopatologiczne	450 zł
• podcięcie wędzidelka	400 zł
• podcięcie wędzidelka języka	500 zł

LECZENIE CHOROÓB PRZYŻĘBIA – LEKARZ

• konsultacja chorób przyzębia	300 zł
• usunięcie kamienia poddziąsłowego kiretaż otwarty 1/4 łuku	600 zł
• usunięcie kamienia poddz. kiretaż zamknięty 1/4 łuku	450 zł
• płukanie kieszonek dziąsłowych, założenie leku po skalingu	25 zł
• czasowe szynowanie zębów / cena za przestrzeń	150 zł

JEDNOWIZYTOWE LECZENIE KANAŁOWE

• wypełnienie kanału – siekacz	
• wypełnienie kanału – przedtrzonowiec	
• wypełnienie trzech kanałów – trzonowiec	
• dopłata za dodatkowy kanał	

DWUWIZYTOWE LECZENIE KANAŁOWE

• ekstrypcja (I wizyta) / wypełnienie (II wizyta):	
– siekacz I wizyta / II wizyta	700 zł / 700 zł
– przedtrzonowiec I wizyta / II wizyta	1000 zł / 800 zł
– trzonowiec I wizyta / II wizyta	1200 zł / 900 zł
• udrożnienie kanału bardzo zakrzywionego lub zobliterowanego – dopłata	250 zł
• usunięcie z kanału złamanego narzędzia	500 - 700 zł
• usunięcie z kanału wkładu koronowo-korzeniowego	500 zł
• założenie leku do kanałów + opatrunek	450 zł
• bezpośrednie pokrycie miążgi	300 zł
• dewitalizacja miążgi ("zatrucie") zęba stałego w znieczuleniu	600 zł
• zamknięcie perforacji dna komory	600 zł
• zamknięcie perforacji korzenia	600 zł

JEDNOWIZYTOWE POWTÓRNE LECZENIE KANAŁOWE

– siekacz	1 400 zł
– przedtrzonowiec	1 800 zł
– trzonowiec	2 000 zł

DWUWIZYTOWE POWTÓRNE LECZENIE KANAŁOWE

– siekacz I wizyta / II wizyta	1000/700 zł
– przedtrzonowiec I wizyta / II wizyta	1200/800 zł
– trzonowiec I wizyta / II wizyta	1400/900 zł
• wizyta kontrolna (ze zdjęciem RTG wewnątrzustnym)	50 zł

PRACOWNIA RADIOLOGICZNA

• zdjęcie pantomograficzne	100 zł
• zdjęcie cefalometryczne	100 zł
• pakiet ortodontyczny - zdjęcie pantomograficzne + cefalometryczne	160 zł
• tomografia komputerowa całościowa	300 zł
• tomografia komputerowa wycinkowa	250 zł

PROFILAKTYKA i WYBIELANIE

• pakiet higienizacyjny: skaling, piaskowanie, fluoryzacja	380 zł
• wybielanie metodą Prevdent	2 000 zł
• wybielanie Click	250 zł
• wybielanie Touch	1 000 zł

PROTETYKA

• konsultacja protetyczna	300 - 600 zł
• korona pełnoceramiczna przód	3 000 zł
• korona pełnoceramiczna tył	2 800 zł
• wkład koronowo-korzeniowy lany / składany lany	1 200 - 1 300 zł
• licówka porcelanowa	3 000 zł
• licówka porcelanowa premium	3 300 zł
• Inlay, Onlay, Overlay porcelanowy	2 800 zł
• Inlay, Onlay, Overlay kompozytowy	2 600 zł
• wizyta kontrolna (co 6 miesięcy)	300 zł
• proteza akrylowa górna lub dolna	4 000 zł
• proteza akrylowa górna lub dolna	4 000 - 8 000 zł
• szyna relaksacyjna	1 200 zł
• kontrola z szyną relaksacyjną	200 zł

IMPLANTY

• implant Astra	3 600 zł
• szablon implantologiczny (w zal. od ilości implantów)	700 - 1 700 zł
• korona na implantcie pełnoceramiczna	3 300 - 3 800 zł
• łącznik indywidualny	1 300 zł
• podniesienie dna zatoki	5 500 zł
• przeszczep bloku kostnego	4 500 zł
• regeneracja kości preparatem emdogain	3 000 zł

ORTODONCJA

• konsultacja ortodontyczna	300 zł
• aparat wielopętłowy - multiloop tzw. "japoński"	6 000 zł
• aparat metalowy standardowy	3 000 zł
• kontrola z aparatem stałym	400 - 600 zł
• Aparat ruchomy Schwarz - dwukierunkowy	1 100 zł
• Aparat ruchomy Schwarz - trzykierunkowy	1 200 zł

OSTEOPATA

Wizyta 60 min	180 zł
---------------	--------

LOGOPEDA

Pierwsza wizyta	200 zł
Kolejne wizyty	130 zł

ZGODA NA LECZENIE

Data wydruku: 16-05-2024

Orient Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**Spółka komandytowa,****REGON: 36831753600017**

Kod Res.:000000195490

Orient (kod res. 01)

Ługańska 5

61-311 Poznań

Tel.: +48614111116



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 pacjenta (rodzica lub opiekuna prawnego)

ZGODA NA LECZENIE WARUNKOWE

Data wydruku: 16-05-2024

Orient Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Spółka komandytowa,
REGON: 36831753600017
 Kod Res.:00000195490
 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: 16-05-2024

Orient Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**Spółka komandytowa,****REGON: 36831753600017**

Kod Res.:000000195490

Orient (kod res. 01)

Ługańska 5

61-311 Poznań

Tel.: +48614111116



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, uczynnienie 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 leczony 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)

**ZGODA NA LECZENIE APARATEM
ELASTYCZNYM**

Data wydruku: 16-05-2024

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



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 prawnego)

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 połykaniem, 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

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



Pacjenta przyjęto w celu wykonania zabiegu:

1. implantacji w miejscu zęba:
2. inne

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

Uwagi

Pacjentowi przedstawiono pisemną informację o ryzykach związanych z leczeniem oraz o możliwości wystąpienia powikłań. Pacjent został poinformowany, że Orient spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp. k., ani osoby, którym spółka powierzyła wykonanie poszczególnych świadczeń medycznych, nie ponoszą odpowiedzialności za skutki powierzenia przez Pacjenta dalszego leczenia implantacyjnego innemu podmiotowi, w szczególności za wprowadzane przez niego modyfikacje do już wszczepionego implantu i wykonane przez niego uzupełnienie protetyczne.

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 pacjenta (rodzica lub opiekuna prawnego)



ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ORTODONTYCZNE

Data podpisania zgody:

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Plan leczenia:

Powód leczenia:

Problemy ogólnozdrowotne towarzyszące:

Problem z postawą ciała:

Obiektywne problemy wynikające z badania pacjenta:

Metoda leczenia (rodzaj aparatu):

Planowany czas leczenia: lata

Opis przewidywanych efektów leczenia:

Przewidywane problemy:

Zalecenia dla pacjenta ortodontycznego.

1. Przestrzeganie harmonogramu wizyt. Wizyty ortodontyczne odbywają się w zależności od rodzaju aparatu co 4-8 tygodni, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego. Niezgłaszanie 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.
2. Niektóre procedury leczenia aparatem stałym wymagają aktywnego uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia. Dotyczy to na przykład 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.
3. Ze względu na powiązanie problemu wady zgryzu z powstaniem wad postawy konieczna może okazać się współpraca z fizjoterapeutą. Koszt wizyt u fizjoterapeuty nie został uwzględniany w kalkulacji kosztów leczenia w Orident.
4. Higiena jamy ustnej. Naklejone elementy aparatu ortodontycznego są miejscem zwiększonej odkładania się 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.

5. W trakcie leczenia ortodontycznego, nie rzadziej niż co 3 miesiące, **konieczne** jest przeprowadzenie zabiegu higienizacji.
6. 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, które należy kroić na małe kawałki tak, aby nie odgryzać ich przednimi zębami. Nie należy też manipulować przy aparacie twardymi przedmiotami mogącymi uszkodzić lub odkleić zamek od zęba oraz przerwać lub zniekształcić drut, z którego wykonany jest łuk aparatu.
7. 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.

Dodatkowe zasady:

1. Aby prawidłowo ocenić przebieg leczenia w jego trakcie pacjent będzie zobowiązany do wykonania zdjęć rentgenowskich, co najmniej 2 zdjęć cefalometrycznych i 2 zdjęć panoramicznych. W razie potrzeby wynikającej z przebiegu leczenia lekarz prowadzący może zalecić wykonanie kolejnych zdjęć.
2. Co 3 miesiące konieczne jest wykonanie modeli diagnostycznych i rejestracja łukiem twarzowym.
3. Po zakończeniu leczenia zostaną wykonane aparaty retencyjne, których zadaniem jest utrzymanie wyników leczenia. Okres retencji to minimum 2 lata.

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 higienizacyjnych 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 dziąsła 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. Nieznaczące 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 podjęcia leczenia 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 ortodontce, 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. Zakończone leczenie ortodontyczne 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 wzrost, starzenie się oraz nawyki: tłoczenie języka, oddychanie przez usta.
 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, który podejmie decyzję, co do dalszego leczenia.

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, ale może ono prowadzić do utraty zęba lub zębów.
11. Recesja dziąsła jest obniżeniem 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.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. O rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do osiągnięcia celu poprzez leczenie ortodontyczne.
2. Niezależnie od przedstawionych powyżej informacji o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych z leczeniem ortodontycznym i z zaakceptowanym przeze mnie sposobem 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 konieczności odbywania wizyt zaleconych kontrolnych, które odbywają się w dniach: wtorek, piątek w godz. 08:00 – 14:00
7. 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.: wtorki, w godz: 08:00 - 14:00 oraz że terminy dyżurów mogą ulec zmianie w trakcie leczenia i nie wnoszę w związku z tym żadnych zastrzeżeń.

Stwierdzam, że miałem / miałam możliwość zadawania pytań, uzyskałem wyczerpujące i zrozumiałe informacje na wszystkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia).

Zgoda na leczenie

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 zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

.....
podpis pacjenta

.....

Data, podpis lekarza stomatologa

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz fotograficznej.

.....
podpis pacjenta

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

.....
podpis pacjenta

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis pacjenta
(rodzica i/lub opiekuna)

ZGODA NA ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

Data wydruku: 16-05-2024

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



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)

ZGODA NA LECZENIE W SEDACJI WZIEWNEJ

Data wydruku: 16-05-2024

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



Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na leczenie z zastosowaniem sedacji wziewnej przez lek. dent. W

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego/ mojego dziecka 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.

Zalecenia dla osób chcących poddać się uspokojeniu gazem rozweselającym

- " Nie należy jeść co najmniej 2 godziny przed zabiegiem
- " Dzieci muszą przyjść z dorosłą osobą towarzyszącą
- " Nie należy pić alkoholu w dzień zabiegu
- " Nie zakładać ciasnych ubrań
- " Kobiety będące w ciąży muszą to bezwzględnie zgłosić
- " Samochód można prowadzić po 30 minutach od zakończenia podawania gazu

Przeciwwskazania stosowania sedacji N2O/O2

- " Przeziębienie, przerost migdałków gardłowych - niedrożności górnych dróg oddechowych, I trymestr ciąży
- " Choroby psychiczne
- " Stwardnienie rozsiane, porfiria, miastenia gravis
- " Rozstrzenie oskrzelowe, rozedma płuc
- " Alkoholizm
- " Brak współpracy pacjenta
- " 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.
- " Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie

.....
 Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
 Czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

Załącznik nr 10

Umowa na prace protetyczne

zawarta w dniu r. w Poznaniu, pomiędzy:

Orient Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa,
ul. Ługańska 5, 61-311 Poznań, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy
Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru
Sądowego pod numerem KRS: 0000696086, NIP: 7822742091, REGON: 368317536,
zarejestrowana w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym
przez Wojewodę Wielkopolskiego pod nr 195490, zwaną dalej **Orient**

a

Panem / Panią
zamieszkałym/zamieszkałą
PESEL:
zwanym dalej **Pacjentem**

§ 1

Przedmiotem niniejszej umowy jest wykonanie na rzecz Pacjenta prac protetycznych i chirurgicznych ujętych szczegółowo w tabeli stanowiącej **Załącznik nr ... do umowy (dalej jako prace)**.

§ 2

Umowa nie obejmuje leczenia poprzedzającego oraz przygotowującego do wykonania prac, które objęte są odrębną ustną umową Stron o udzielenie świadczenia medycznego.

§ 3

Zmiana zakresu prac wskazanych w § 1 umowy wymaga pisemnego aneksu do niniejszej umowy, z uwzględnieniem prawa do zapłaty za nie dodatkowego wynagrodzenia.

§ 4

W przypadku, gdy dla prawidłowego wykonania prac konieczne będzie przeprowadzenie dodatkowych prac nie przewidzianych przy zawarciu umowy, których konieczność wykonania ujawni się w toku realizacji prac, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty za te dodatkowe prace dodatkowego wynagrodzenia.

§ 5

- I. W celu uniknięcia wątpliwości Strony zgodnie potwierdzają, że w toku realizacji prac lub po ich wykonaniu:
 - a) mogą pojawić się nieprzewidziane skutki, które spowodują konieczność wykonania prac dodatkowych, nie przewidzianych przy zawarciu umowy, które nie zostały ujęte w planie leczenia oraz wycenie, których wykonanie przez Orient jest odpłatne, a

Pacjent zobowiązany będzie do zapłaty za te dodatkowe prace dodatkowego wynagrodzenia, w tym w szczególności:

- mechaniczne uszkodzenia i związana z nimi konieczność naprawy, w tym dotycząca złamania korony, licówki;
 - mechaniczne uszkodzenie filaru
 - zapalenie dziąseł, krwawienie i związana z tym konieczność podjęcia dodatkowego leczenia, na skutek zaniedbania odpowiedniej higieny przez Pacjenta;
 - przebarwienie koron tymczasowych na skutek zaniedbania odpowiedniej higieny przez Pacjenta;
- b) może pojawić się konieczność wykonania prac dodatkowych, nie przewidzianych przy zawarciu umowy, których wykonanie nie zostało ujęte w planie leczenia oraz wycenie, których wykonanie przez Orident jest odpłatne, a Pacjent zobowiązany będzie do zapłaty za te dodatkowe prace dodatkowego wynagrodzenia, w szczególności:
- zmiana wcześniej zaakceptowanego przez Pacjenta koloru pracy protetycznej;
 - zmiana wcześniej zaakceptowanego przez Pacjenta kształtu zębów;
 - zmiana przez Pacjenta zakresu prac ustalonych z Orident w umowie;
 - leczenie kanałowe (w tym na skutek nadmiernie pojawiającej się wrażliwości po preparacji zębów, lub na skutek odkrytej dopiero w trakcie preparacji zębów zmianie odwapnieniowej zębiny);
 - leczenie próchnicy zębów pod wypełnieniami wykonanymi poza Orident oraz pod ponad 2 letnimi wypełnieniami wykonanymi w Orident. Wstępna weryfikacja konieczności leczenia odbywa się na podstawie zdjęcia panoramicznego wykonanego przed rozpoczęciem leczenia, z zastrzeżeniem, że na zdjęciu panoramicznym widoczne są odwapnienia większe niż 50 %, stąd Orident wskazuje, że nie zawsze taka weryfikacja konieczności leczenia jeszcze przed rozpoczęciem leczeniem jest możliwa.
 - dotyczy Pacjentów po ortodoncji: stosowanie retainerów stałych. W celu pobrania wycisków konieczne jest zdjęcie dotychczasowych retainerów założonych przez ortodontę. Opłata dotyczy założenia nowych po wykonaniu wycisków (stanowi to profilaktykę, gdyby nastąpiło rozcementowanie koron zespolonych mogące spowodować rotacje koron zębów i utratę efektu prostych zębów);
 - dotyczy Pacjentów ze starymi koronami i mostami protetycznymi: leczenie zęba, którego stan może zostać określony wyłącznie po zdjęciu starego mostu protetycznego w trakcie fazy leczenia zwanej preparacją zębów, obejmujące:
 - usunięcie złamanego zęba, zbyt zniszczonego lub źle rokującego,
 - leczenie próchnicy,
 - wykonanie leczenia kanałowego,
 - wykonanie wkładu koronowo - korzeniowego,
 - implantację
 - dotyczy Pacjentów z chorobą przyzębia
 - obowiązkowe zabiegi higienizacyjne;
 - kiretaż;
 - płukanie kieszonek;
 - odbudowa kości przy ruszających się zębach;
 - zblokowanie ruszających się zębów;
 - przeszczep dziąsła.

§ 6

Orient zobowiązuje się do wykonania wskazanych w § 1 prac w terminach wg wskazań lekarza prowadzącego, ustalanych w oparciu o ilość koniecznych wizyt związanych z leczeniem oraz wykonywaniem kolejnych etapów przygotowania protez. Terminarz wizyt stanowi **załącznik nr ...** do umowy. Postanowienia terminarza stanowią integralną część umowy, z tym, że zmiana umówionego terminu wizyty nie wymaga zmiany umowy.

§ 7

Pacjent oświadcza, że:

1. Udzielił Orient rzetelnej informacji o stanie swojego zdrowia - zgodnie z ankietą, stanowiącą Załącznik nr do niniejszej umowy.
2. Został poinformowany:

W przypadku leczenia polegającego na preparacji zębów pod korony, licówki, onlaye o:

- rodzaju, istocie i technice zabiegów zmierzających do wykonania uzupełnień protetycznych;
- o tym, że zabieg wykonywany może być w całości lub w części w znieczuleniu miejscowym;
- o możliwości wystąpienia przemijających dolegliwości bólowych w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu;
- o możliwości wystąpienia nieznacznych zmian wyglądu twarzy;
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak:
 - powikłania wczesne
 - (do 14 dni od zabiegu):
 - Wargi i policzki: obrzęk, krwawienie, ból dziąseł, zasinienie dziąseł, ból i krwawienie przy szczotkowaniu, obrzęk warg, zajady, suchość warg, czasowy niedowład warg z powodu przedłużającego się znieczulenia,
 - Zęby: ból samoistny, ból prowokowany pod wpływem bodźca takiego jak nagryzanie, zimno, nadwrażliwość zęba po preparacji (w tym na zimno, ciepło, słodkie), przejściowe pulsowanie zębów, ból zęba przedłużający się w czasie wymagający leczenia kanałowego, przebarwienia koron,
 - o ryzyku późnym (powikłania późne); powikłania wynikające z zapalenia miazgi, bezbolesna martwica zęba, bolesna martwica zęba, zmiany okołowierzchołkowe, torbiele, ropnie przy oszlifowanych zębach, zapalenie tkanki okołowierzchołkowej, przetoka, zapalenie okostnej, ból dziąsła, obrzęk dziąsła, zasinienie dziąsła,
- W związku z powyższym Pacjent jest zobligowany do co półrocznych kontroli w Orient oraz co rocznych kontroli z RTG panoramicznym w Orient, aby ewentualne problemy mogły zostać wykryte w początkowej fazie choroby – Strony ustalają, że ww. kontrole i leczenie zmian są odpłatne.
- Leczenie zębów odbywa się po przewierceniu korony protetycznej. W koronie tej pozostaje otwór, który lekarz zamyka materiałem kompozytowym. Gwarancja na pracę nie obowiązuje w przypadku uszkodzenia korony, pęknięcia jej lub odprysku kawałka szkliwienia podczas wykonywania zabiegu.
- o przejściowych utrudnieniach związanych z użytkowaniem koron tymczasowych takich jak: konieczność jedzenia miękkich pokarmów, możliwe rozcementowywanie się koron, przebarwienie się koron, utrudniona higiena w związku z koniecznością krótkotrwałego zblokowania koron tymczasowych;

W przypadku leczenia polegającego na wszczepieniu implantów:

- o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego; kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG;
 - o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu śródkostnego;
 - o tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia;
 - o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego;
 - o tym, że zabieg wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów;
 - o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu,
 - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu,
 - konieczności przyjmowania przez Pacjenta przepisanych antybiotyków,
 - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem,
 - konieczności usunięcia szwów chirurgicznych,
 - wizytach kontrolnych, na które Pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach,
 - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.
3. Uzyskał i zrozumiał wszelkie wyjaśnienia dotyczące jego leczenia, został poinformowany o alternatywnych możliwościach leczenia, o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia.
 4. Ma świadomość, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane, a nadto, iż leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.
 5. Wyraża zgodę na wykonanie świadczenia medycznego opisanego w umowie.
 6. Został poinformowany o prawie odwołania zgody na leczenie, co nie zwalnia go z obowiązku zapłaty za wykonane do tego czasu świadczenia, w tym wykonane już prace protetyczne.

§ 8

Pacjent wyraża zgodę na powierzenie prac technicznych związanych z wykonaniem protez osobom zajmującym się zawodowo ich przygotowywaniem wg wskazań lekarza stomatologa.

§ 9

1. Pacjent zobowiązuje się współpracować przy wykonaniu umowy, w szczególności poprzez odbywanie zalecanych wizyt w ustalonych terminach, współdziałanie w doborze odpowiedniego koloru i kształtu zęba i ich akceptację na kolejnych etapach prac oraz przestrzeganie wszystkich zaleceń lekarskich.
2. Pacjent zobowiązuje się zatwierdzić jako zgodny z jego oczekiwaniami każdy etap pracy: dotyczący formy uzupełnienia protetycznego, estetyki pracy, w tym doboru koloru i kształtu protez.
3. Pacjent może po zatwierdzeniu danego etapu prac zdecydować się na zmiany obejmujące zatwierdzone prace, jednak w takiej sytuacji zobowiązuje się do pokrycia kosztów z tym związanych.

4. Pacjent zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarskich, w szczególności dotyczących higieny jamy ustnej.
5. Pacjent oświadcza, że został poinformowany o konieczności stosowania się do Zasad prawidłowej pielęgnacji i używania prac protetycznych po wykonaniu prac objętych umową, zgodnie z informacją stanowiącą **Załącznik nr ...** do umowy.

§ 10

1. Pacjent wyraża zgodę na wykonanie i przechowywanie w dokumentacji dotyczącej leczenia, zdjęć twarzy, fotograficznych i radiologicznych, obrazujących wygląd twarzy oraz wygląd i stan uzębienia według stanu przed przystąpieniem do
2. Pacjent wyraża zgodę na wykorzystywanie przez lekarza prowadzącego zdjęć medycznych, RTG, opisów przypadku do prac naukowych i szkolenia, prezentacji, wykładów, publikacji naukowych pod warunkiem, że zdjęcia i opisy uniemożliwiają identyfikację Pacjenta.

§ 11

Za wykonanie przedmiotu umowy Strony ustalają wynagrodzenie wg kosztorysu prac stanowiącego **Załącznik nr...** do niniejszej umowy, płatne gotówką, kartą płatniczą lub przelewem w następujący sposób:

I.

§ 12

Orient udziela Pacjentowi gwarancji na wykonaną protezę na zasadach i warunkach określonych w wystawianej przez Orient Karcie Gwarancyjnej, stanowiącej **Załącznik nr...** do umowy.

§ 13

Szczegółowe informacje związane z przygotowaniem do zabiegu zostały opisane w **Załączniku nr...** do umowy.

§ 14

W zakresie nieuregulowanym zastosowanie znajdują przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego, w tym kodeksu cywilnego.

§ 15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

Orient

Pacjent