

Pieczątka lub dane placówki
prowadzącej leczenie

KARTA LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO nr

Data założenia karty

Data badania klinicznego

PACJENT

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

E-mail



Wydawnictwo Kwintesencja



Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Implantologii Stomatologicznej

Treść niniejszej Karty została zweryfikowana przez Zespół Konsultacyjny w składzie:

Prof. ndzw. WUM Andrzej WOJTOWICZ

Dr. n. med. Krzysztof AWIŁŁO

Dr. n. med. Maciej DIJAKIEWICZ

Dr. n. med. Maciej STUPKA

Ogólnopolskie Stowarzyszenie
Implantologii Stomatologicznej zaleca
stosowanie Karty Leczenia Implantologicznego
w praktyce klinicznej

© by Wydawnictwo Kwintesencja, Warszawa

I. BADANIE OGÓLNE

Nr karty

1. Choroby przebyte

Tak

Nie

(podać jakie w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

2. Leczenie szpitalne w okresie ostatnich dwóch lat

Tak

Nie

(podać powód w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

3. Obecny stan zdrowia

– dobry

Tak

Nie

– w trakcie leczenia

Tak

Nie

(podać powód w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

4. Występowanie innych schorzeń

– Choroby układu sercowo-naczyniowego

Tak

Nie

– Cukrzyca

Tak

Nie

– Choroby tarczycy

Tak

Nie

– Choroby układu oddechowego (płuc)

Tak

Nie

– Choroby wątroby

Tak

Nie

– Choroby układu kostnego (osteoporoza)

Tak

Nie

– Choroby nerek

Tak

Nie

– Choroby przewodu pokarmowego

Tak

Nie

– AIDS (HIV+)

Tak

Nie

– Zaburzenia krzepliwości krwi

Tak

Nie

– Utrudnione gojenie ran

Tak

Nie

– Zaburzenia psychiczne i neurologiczne

Tak

Nie

– Choroby genetyczne

Tak

Nie

5. Pacjent przyjmuje leki

Tak

Nie

(podać nazwy leków w przypadku odpowiedzi twierdzącej)

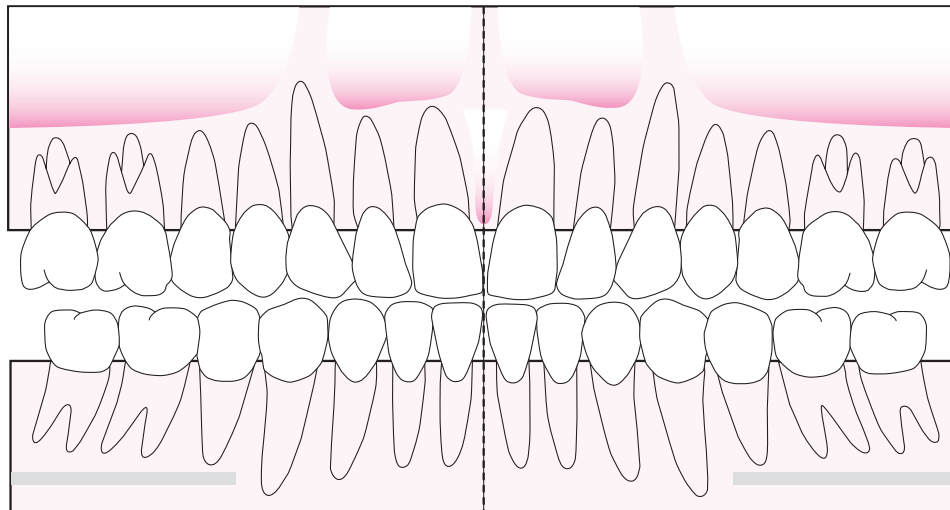
6. Podatność na alergię

(podać nazwy alergenów)

Nr karty

II. BADANIE STANU JAMY USTNEJ

7. Braki zębowe (oznaczyć na schemacie)



8. Przyczyny utraty zębów

- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Próchnica | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Choroby przyzębia | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Uraz | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Inne | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

Uwagi

.....

.....

.....

9. Stan tkanek przyzębia

9.1 Szczeka:

.....

.....

.....

.....

9.2 Żuchwa:

.....

.....

.....

.....

10. Istniejące uzupełnienia protetyczne

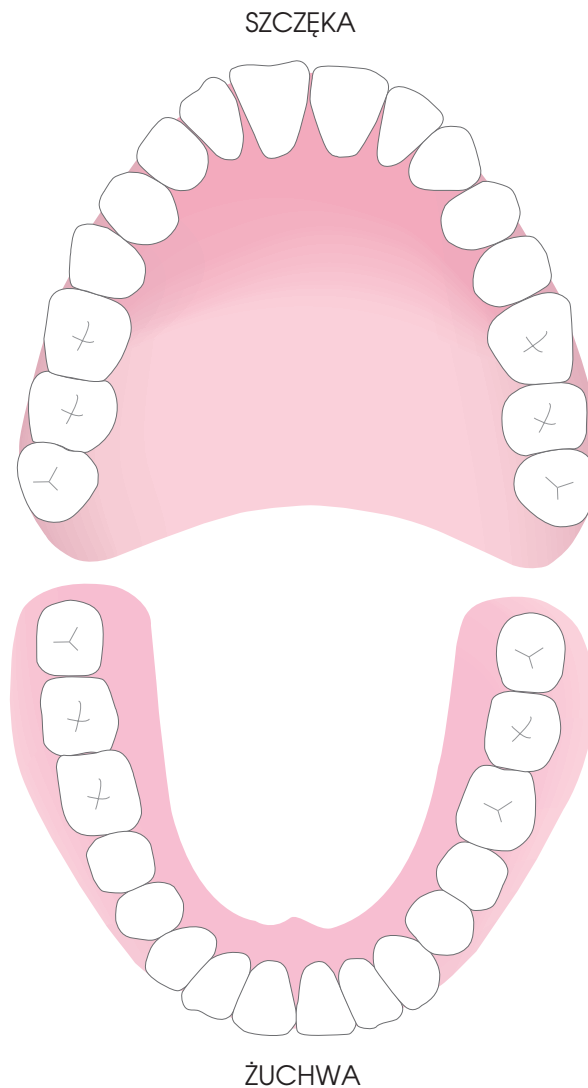
10.1 Szczęka

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| - Stałe | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Ruchome | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Osiadające | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Nieosiadające | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

10.2 Żuchwa

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| - Stałe | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Ruchome | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Osiadające | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Nieosiadające | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

11. Schemat istniejących uzupełnień protetycznych



Nr karty

III. BADANIE RADIOLOGICZNE

- 1. Pantomogram – opis
- 2. Badanie CT – opis
- 3. Symulacja komputerowa implantacji (opis)

Podpis lekarza Data

IV. BADANIE KLINICZNE

- 1. Zmiany patologiczne w obrębie tkanek miękkich
- 2. Ocena mięśni żucia i artykulacja
- 3. Estetyka (linia uśmiechu)
- 4. Stan tkanki kostnej w miejscu wszczepu: wysokość. szerokość.
- 5. Stan przyzębia
- 6. Wysokość wyrostka zębodołowego
- 7. Szerokość wyrostka zębodołowego

8. Grubość tkanek miękkich
Zmniejszona W normie Zwiększona

9. Relacje międzyszczękowe
W płaszczyźnie strzałkowej W płaszczyźnie czołowej

Podpis lekarza Data

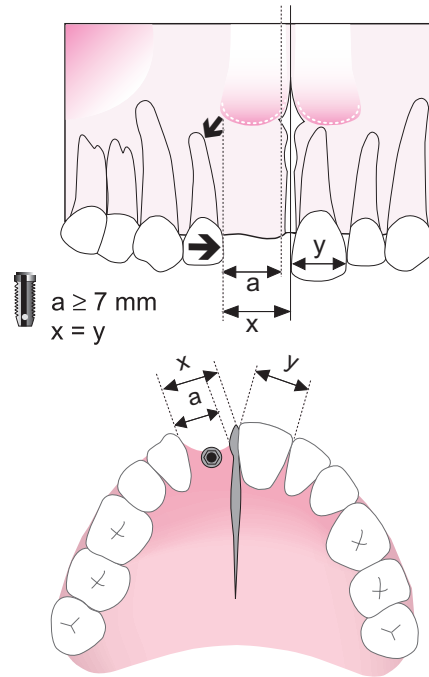
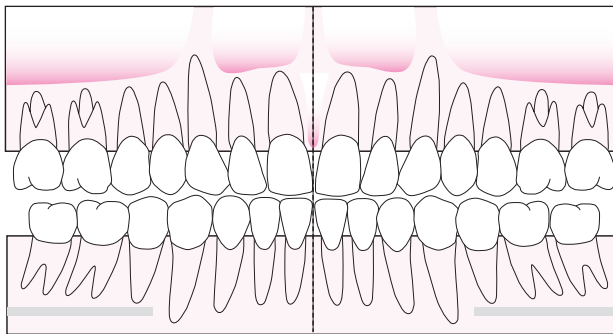
V. PLANOWANY ZABIEG

1. Szczęka Tak Nie
 2. Żuchwa Tak Nie
 3. Liczba implantów

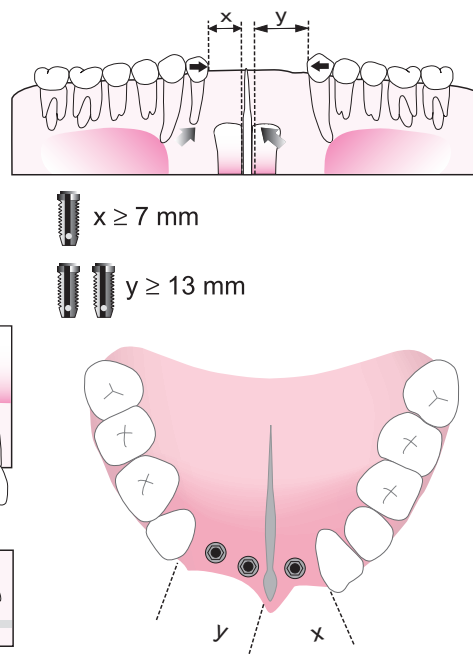
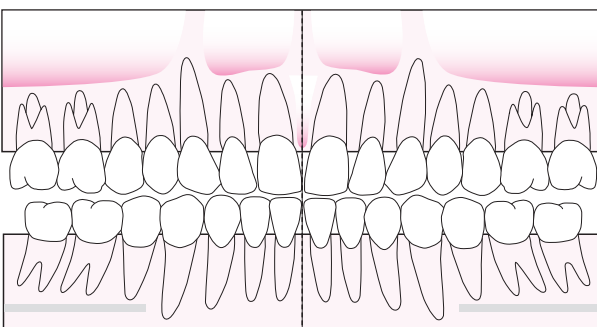
Szczęka Żuchwa

4. Planowane usytuowanie implantów – schemat (szczęka i żuchwa)

ODCINEK PRZEDNI – SZCZĘKA

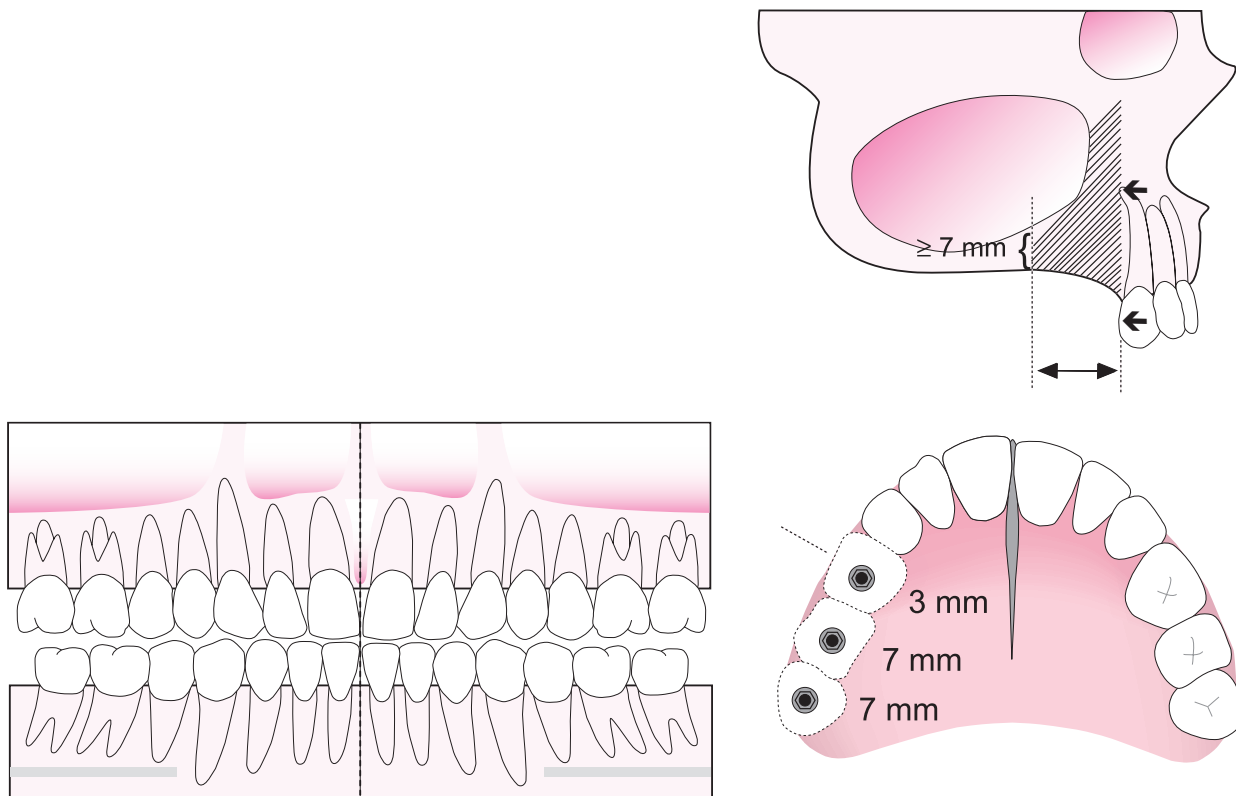


ODCINEK PRZEDNI – ŻUCHWA

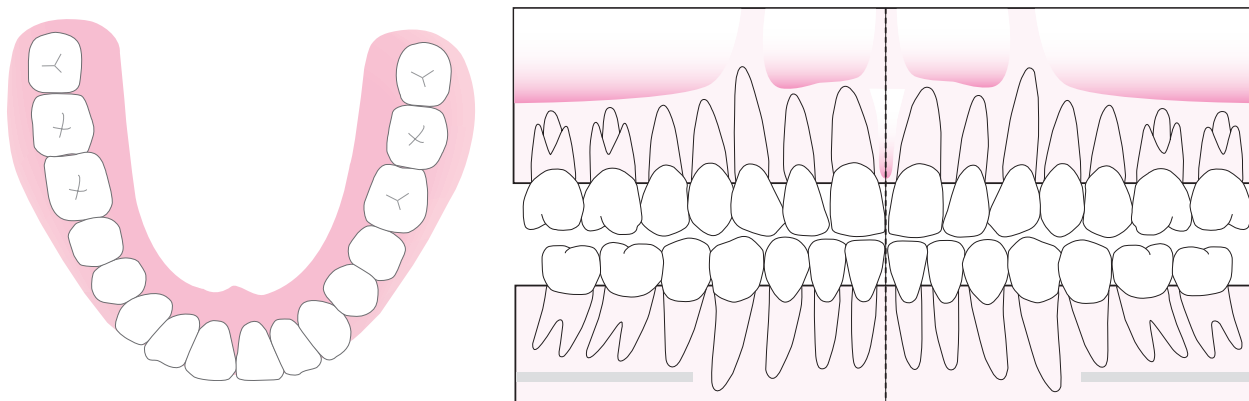


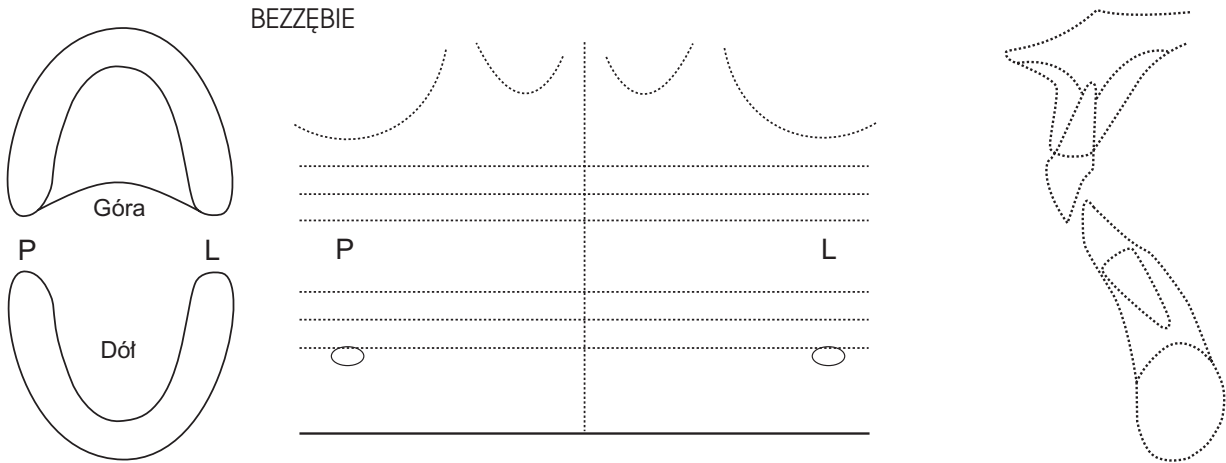
Nr karty

ODCINEK BOCZNY – SZCZĘKA



ODCINEK BOCZNY – ŻUCHWA





5. Planowane uzupełnienie protetyczne

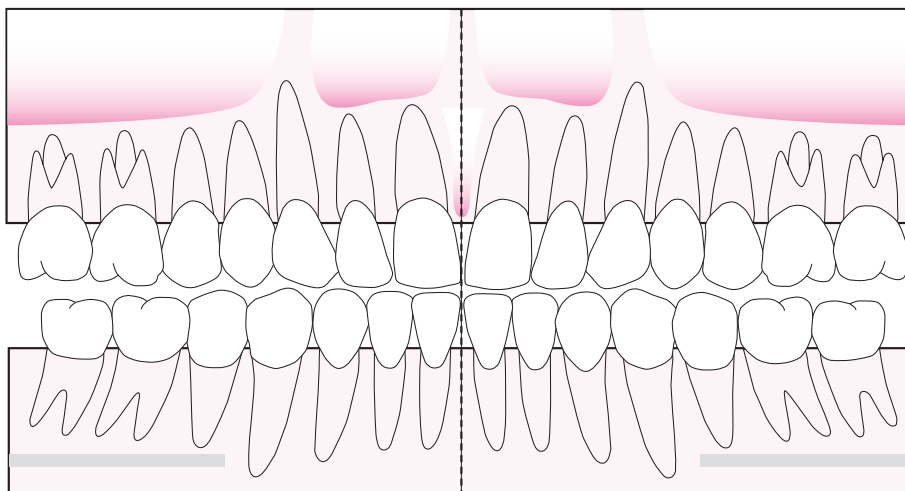
5.1. Szczeka

- Korona pojedyncza Tak Nie
- Most na implantach Tak Nie
- Most z implantem jako filarem brzeżnym Tak Nie
- Proteza całkowita Tak Nie

5.2. Żuchwa

- Korona pojedyncza Tak Nie
- Most na implantach Tak Nie
- Most z implantem jako filarem brzeżnym Tak Nie
- Most z implantem jako filarem pośrednim Tak Nie
- Proteza całkowita Tak Nie

5.3. Schemat planowanego uzupełnienia protetycznego



Nr karty

6. Kalkulacja kosztów leczenia

6.1. Koszt części chirurgicznej (wraz z opisem)
.....
.....
.....
.....

6.2. Koszt części protetycznej (wraz z opisem)
.....
.....
.....
.....

6.3. Razem

6.4. Powyższa wycena obowiązuje do dnia

6.5. Zasady płatności
.....

Podpis lekarza

Podpis pacjenta

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a

urodzony/a
(miejsowość i data urodzenia)

legitymujący się
(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że

1. Zostałem(-am) poinformowany(-na) o istocie i technice zabiegu implantacji, a także koniecznych zabiegach i postępowaniach okołimplantacyjnych, oraz że rozumiem przebieg i cel przedstawionego mi postępowania leczniczego. W trakcie przedstawianych mi wyjaśnień miałem(-am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem(-am) na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.
2. Przyjmuję(-am) do wiadomości zapewnienie, iż zaproponowany mi przebieg leczenia jest zgodny ze standardami postępowania medycznego.
3. Poinformowano mnie szczegółowo o innych alternatywnych metodach leczenia oraz zróżnicowanych cenowo systemach implantologicznych, jakie mogą być zastosowane w moim przypadku, wraz z ich zaletami i wadami oraz kosztorysem.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż zaproponowane mi leczenie nie zawsze gwarantuje stałe utrzymanie implantów i w różnym okresie czasu od przeprowadzenia zabiegu może wystąpić konieczność usunięcia implantów. Przypadki takie, występujące w praktyce medycznej w niewielkim procencie, są udokumentowane naukowo.
5. Wyjaśniono mi standardowe elementy ryzyka towarzyszącego zabiegom implantacyjnym jako zabiegom chirurgicznym i towarzyszącym im zabiegom znieczulenia miejscowego oraz podawaniu leków (obrzęki, bóle, infekcje, zaburzenia czucia, alergiczne reakcje na leki lub środki znieczulenia miejscowego).
6. Poinformowano mnie, że podstawowym warunkiem długotrwałego utrzymania implantów jest systematyczne przestrzeganie prawidłowej higieny jamy ustnej zgodnie z otrzymanymi wskazaniem lekarskimi oraz odbywanie regularnych badań kontrolnych. Na wizyty kontrolne – zgodnie z przedstawionym mi harmonogramem – będę się zgłaszać bez wezwania.
7. Decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam lekarzowi prowadzącemu leczenie.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w trakcie zabiegu może wystąpić konieczność zmiany jego zakresu lub planowanych etapów leczenia, a także konieczność przeprowadzenia dodatkowych badań i procedur, i że o wszelkich tych zmianach, jak również związanych z tymi zmianami kosztach, zostaną poinformowany(-na).
9. Znane mi jest przysługujące mi prawo odwołania zgody na przeprowadzenie zabiegu implantacji.
10. Jest mi wiadomym, że zgodnie z obowiązującymi przepisami leczenie implantologiczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co oznacza, iż koszt takiego leczenia w całości pokrywa pacjent.
11. Akceptuję przedstawione powyżej koszty leczenia i zobowiązuję się do ich zapłaty.
12. Wyrażam dobrowolną zgodę na zaplanowane środki i metody leczenia.
13. Egzemplarz niniejszego oświadczenia otrzymałem(-am).

.....
Imię i nazwisko – czytelny podpis pacjenta

.....
Data

.....
Imię i nazwisko – czytelny podpis lekarza

.....
Data

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a

urodzony/a

(miejsowość i data urodzenia)

legitymujący się

(rodzaj i numer dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że

1. Zostałem(-am) poinformowany(-na) o istocie i technice zabiegu implantacji, a także koniecznych zabiegach i postępowaniach okołimplantacyjnych, oraz że rozumiem przebieg i cel przedstawionego mi postępowania leczniczego. W trakcie przedstawianych mi wyjaśnień miałem(-am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem(-am) na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.
2. Przyjmuję(-am) do wiadomości zapewnienie, iż zaproponowany mi przebieg leczenia jest zgodny ze standardami postępowania medycznego.
3. Poinformowano mnie szczegółowo o innych alternatywnych metodach leczenia oraz zróżnicowanych cenowo systemach implantologicznych, jakie mogą być zastosowane w moim przypadku, wraz z ich zaletami i wadami oraz kosztorysem.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż zaproponowane mi leczenie nie zawsze gwarantuje stałe utrzymanie implantów i w różnym okresie czasu od przeprowadzenia zabiegu może wystąpić konieczność usunięcia implantów. Przypadki takie, występujące w praktyce medycznej w niewielkim procencie, są udokumentowane naukowo.
5. Wyjaśniono mi standardowe elementy ryzyka towarzyszącego zabiegom implantacyjnym jako zabiegom chirurgicznym i towarzyszącym im zabiegom znieczulenia miejscowego oraz podawaniu leków (obrzęki, bóle, infekcje, zaburzenia czucia, alergiczne reakcje na leki lub środki znieczulenia miejscowego).
6. Poinformowano mnie, że podstawowym warunkiem długotrwałego utrzymania implantów jest systematyczne przestrzeganie prawidłowej higieny jamy ustnej zgodnie z otrzymanymi wskazaniem lekarskimi oraz odbywanie regularnych badań kontrolnych. Na wizyty kontrolne – zgodnie z przedstawionym mi harmonogramem – będę się zgłaszać bez wezwania.
7. Decyzję wyboru systemu implantologicznego pozostawiam lekarzowi prowadzącemu leczenie.
8. Przyjmuję do wiadomości, że w trakcie zabiegu może wystąpić konieczność zmiany jego zakresu lub planowanych etapów leczenia, a także konieczność przeprowadzenia dodatkowych badań i procedur, i że o wszelkich tych zmianach, jak również związanych z tymi zmianami kosztach, zostaną poinformowany(-na).
9. Znane mi jest przysługujące mi prawo odwołania zgody na przeprowadzenie zabiegu implantacji.
10. Jest mi wiadomym, że zgodnie z obowiązującymi przepisami leczenie implantologiczne nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i jako takie nie jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co oznacza, iż koszt takiego leczenia w całości pokrywa pacjent.
11. Akceptuję przedstawione powyżej koszty leczenia i zobowiązuję się do ich zapłaty.
12. Wyrażam dobrowolną zgodę na zaplanowane środki i metody leczenia.

.....
Imię i nazwisko – czytelny podpis pacjenta

.....
Data

.....
Imię i nazwisko – czytelny podpis lekarza

.....
Data

VI. PLANOWANY ZABIEG

1. Data zabiegu
2. Godzina rozpoczęcia Zakończenia
3. Chirurg Asysta
4. Znieczulenie: nazwa środka znieczulającego
5. Stężenie środka znieczulającego

– 2 proc.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– 3 proc.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Zawartość adrenaliny	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Zawartość noradrenaliny	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
6. Informacje o zabiegu

– Zębodół wygojony	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Wszczep natychmiast po ekstrakcji	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Wszczep w miejscu pourazowym	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Brak uszkodzenia ścian zębodołu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Brak części kostnej zębodotów od strony podniebieno-językowej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
– Brak części kostnej zębodotów od strony wargowo-policzkowej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	

6.1 Przebieg zabiegu

.....

.....

.....

.....

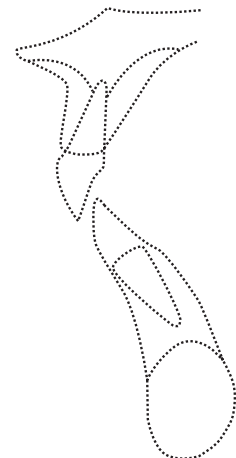
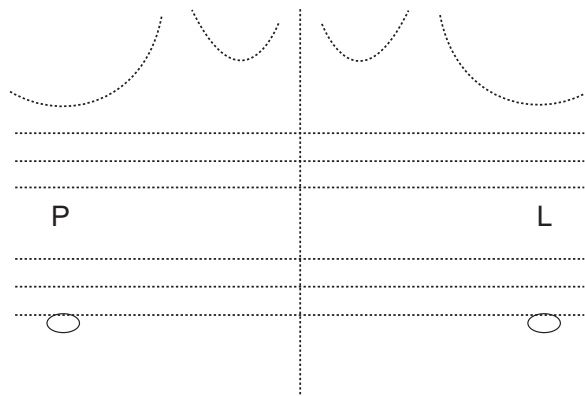
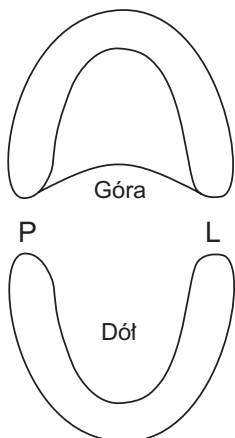
.....

.....

.....

.....

1. Schemat



Nr karty

2. Zastosowane wszczepy

Lp.	Typ wszczepu	Numer	Pozycja	Średnica (mm)	Długość (mm)

3. Zastosowane preparaty do regeneracji

Lp.	Rodzaj	Lokalizacja	Uwagi

4. Stabilizacja pierwotna

5. Zaopatrzenie pooperacyjne

- Cement chirurgiczny Tak Nie
- Tymczasowe zaopatrzenie protetyczne
- Szynowanie
- Farmakoterapia okołozabiegowa/Antybiotykoterapia (nazwa/dawka)

.....
.....

6.2 Badanie kliniczne po zakończonym procesie osseointegracji

1. Data zabiegu
 2. Prowadzący badanie
 3. Występowanie odczynowych zmian miejscowych wokół implantów
 4. Stwierdza się zmiany wokół miejsc implantowanych
- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Zaczerwienienie tkanek | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Obrzmienie tkanek | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Blizny ściągnące | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

6.3 Zabieg odstonięcia implantów i wprowadzenia łączników (śrub) gojących

1. Data zabiegu
2. Prowadzący zabieg
3. Opis zabiegu

6.4 Przebieg gojenia się tkanek po zabiegu założenia łączników (śrub)

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Bez powikłań | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Zaczerwienienie okolicy operowanej | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |
| - Obrzmienie okolicy operowanej | Tak <input type="checkbox"/> | Nie <input type="checkbox"/> |

6.5 Przebieg gojenia się tkanek po zabiegu założenia łączników (śrub)

Opis postępowania

6.6 Zakończenie postępowania chirurgicznego

Uwagi

Podpis lekarza prowadzącego

Data

VIII. ZALECENIA DLA PACJENTA PO ZABIEGU IMPLANTACJI

1. Bezpośrednio po zabiegu

- W okresie dwóch godzin po zabiegu nie palić tytoniu i nie spożywać pokarmów.
- Pokarmy i letnie napoje można spożywać wyłącznie po ustąpieniu działania znieczulenia miejscowego.
- Ograniczyć do minimum wszelki wysiłek fizyczny.
- Nie dotykać implantu i jego otoczenia, nie „badać” językiem.
- Nie przeżuwać i nie nagryzać w obszarze implantu.
- Spożywać tylko płynne i miękkie pożywienie.
- Po jedzeniu przepłukać jamę ustną preparatami bakteriostatycznymi.
- Utrzymywać pełną higienę jamy ustnej wykorzystując miękkie szczoteczki.

2. Postępowanie w przypadku wczesnych powikłań

- Jeżeli krwawienie utrzymuje się dłużej niż pół godziny po zabiegu, należy zgłosić się natychmiast do lekarza.
- Obrzęki występujące w okolicy miejsca operacji, policzka, podbródka są normą i ustąpią po kilku dniach. Można je zmniejszyć stosując zimne okłady bezpośrednio po zabiegu.
- Lekkie drętwienie tkanek miękkich ustąpi samoistnie.
- Ograniczyć stosowanie irygatorów do czasu zagojenia się rany.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zwracać się do lekarza stomatologa.

3. Po zdjęciu szwów

- Ranę przepłukać i ostrożnie czyścić miękką szczotką do zębów.
- W przypadku wystąpienia krwawień z dziąseł lub innych objawów, takich jak bóle, obrzęki, należy natychmiast zgłosić się do lekarza stomatologa.
- Kategorycznie przestrzegać badań kontrolnych zgodnie z harmonogramem ustalonym przez lekarza.

4. Inne zalecenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis pacjenta

.....
Data

.....
Podpis lekarza

VIII. ZALECENIA DLA PACJENTA PO ZABIEGU IMPLANTACJI

1. Bezpośrednio po zabiegu

- W okresie dwóch godzin po zabiegu nie palić tytoniu i nie spożywać pokarmów.
- Pokarmy i letnie napoje można spożywać wyłącznie po ustąpieniu działania znieczulenia miejscowego.
- Ograniczyć do minimum wszelki wysiłek fizyczny.
- Nie dotykać implantu i jego otoczenia, nie „badać” językiem.
- Nie przeżuwać i nie nagryzać w obszarze implantu.
- Spożywać tylko płynne i miękkie pożywienie.
- Po jedzeniu przepłukać jamę ustną preparatami bakteriostatycznymi.
- Utrzymywać pełną higienę jamy ustnej wykorzystując miękkie szczoteczki.

2. Postępowanie w przypadku wczesnych powikłań

- Jeżeli krwawienie utrzymuje się dłużej niż pół godziny po zabiegu, należy zgłosić się natychmiast do lekarza.
- Obrzęki występujące w okolicy miejsca operacji, policzka, podbródka są normą i ustąpią po kilku dniach. Można je zmniejszyć stosując zimne okłady bezpośrednio po zabiegu.
- Lekkie drętwienie tkanek miękkich ustąpi samoistnie.
- Ograniczyć stosowanie irygatorów do czasu zagojenia się rany.
- W przypadku jakichkolwiek wątpliwości zwracać się do lekarza stomatologa.

3. Po zdjęciu szwów

- Ranę przepłukać i ostrożnie czyścić miękką szczotką do zębów.
- W przypadku wystąpienia krwawień z dziąseł lub innych objawów, takich jak bóle, obrzęki, należy natychmiast zgłosić się do lekarza stomatologa.
- Kategorycznie przestrzegać badań kontrolnych zgodnie z harmonogramem ustalonym przez lekarza.

4. Inne zalecenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis pacjenta

.....
Data

.....
Podpis lekarza

IX. POSTĘPOWANIE KONTROLNE

1. Powiktania

Lp.	Badanie kontrolne	1	2	3	4	5
1.	Data					
2.	Krwiak					
3.	Ropień					
4.	Zaburzenia czucia					
5.	Martwak					
6.	Stan zapalny błony śluzowej					
7.	Przetoka					
8.	Zanik pionowy wyrostka > niż 1 mm/rok					
9.	Zanik poziomy wyrostka > niż 1 mm/rok					
10.	Implant niestabilny					
11.	Bolesność na opukiwanie					
12.	Zaburzenia estetyki					
13.	Inne					
14.	Podpis lekarza					

2. Dane z wizyt kontrolnych

Lp.	Badanie kontrolne (wpisać + lub -)	1	2	3	4	5
1.	Data					
2.	Badanie radiologiczne					
3.	Obecność zmian wokół implantu					
4.	Obecność zmian na błonie śluzowej					
5.	Konieczność zmiany nadbudowy protetycznej					
6.	Implant do usunięcia					
7.	Czynnościowo stan dobry					
8.	Ocena estetyki					
9.	Nie zgłosił się na badanie					
10.	Schorzenia stwierdzone po zabiegu					
11.	Pomiary stabilności implantu					
12.	Podpis lekarza					

XI. OŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEJMUJĄCEGO PACJENTA DO LECZENIA PROTETYCZNEGO

1. Imię i nazwisko lekarza
2. Nazwa placówki przejmującej leczenie
3. Adres
4. Telefon

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z dokumentacją Pacjenta

.....

dotyczącą postępowania chirurgicznego w zakresie implantacji i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń
co do umiejscowienia, kierunku oraz jakości połączeń wszczepionych implantów z tkanką kostną.

Data

Pieczętka i podpis lekarza

XI. OŚWIADCZENIE LEKARZA PRZEJMUJĄCEGO PACJENTA DO LECZENIA PROTETYCZNEGO

1. Imię i nazwisko lekarza
2. Nazwa placówki przejmującej leczenie
3. Adres
4. Telefon

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z dokumentacją Pacjenta

dotyczącą postępowania chirurgicznego w zakresie implantacji i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń
co do umiejscowienia, kierunku oraz jakości połączeń wszczepionych implantów z tkanką kostną.

Data

Pieczętka i podpis lekarza

Nazwa placówki prowadzącej leczenie

Nr karty

Egzemplarz
do dokumentacji medycznej

KARTA BEZPIECZEŃSTWA FUNKCJONALNEGO I ESTETYCZNEGO

Nr karty

PACJENT

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Adres

Telefon

E-mail

I. IMPLANTY

Data zabiegu

Liczba wszczepionych implantów

Rodzaj wszczepionych implantów

II. PROTETYKA

Rodzaj wykonanej pracy protetycznej

.....

.....

.....

Data oddania pracy pacjentowi

Podpis pacjenta

Pieczętka i podpis lekarza

Nr karty

EWIDENCJA WIZYT KONTROLNYCH

Data wizyty	Ocena higieny jamy ustnej	Ocena wszczepów i protetyki	Podpis lekarza

Nazwa placówki prowadzącej leczenie

Nr karty
Egzemplarz dla pacjenta

KARTA BEZPIECZEŃSTWA FUNKCJONALNEGO I ESTETYCZNEGO

Nr karty

PACJENT

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Adres

Telefon

E-mail

I. IMPLANTY

Data zabiegu

Liczba wszczepionych implantów

Rodzaj wszczepionych implantów

II. PROTETYKA

Rodzaj wykonanej pracy protetycznej

.....

.....

.....

Data oddania pracy pacjentowi

Pieczętka i podpis lekarza

REGULACJE SZCZEGÓLNE BEZPIECZEŃSTWA FUNKCJONALNEGO I ESTETYCZNEGO

W przypadku utraty wszczepów, bądź samoistnego uszkodzenia uzupełnienia protetycznego w okresach wymienionych poniżej, placówka wydająca niniejsze regulacje dokona ponownej implantacji i/lub modyfikacji uzupełnienia protetycznego pod warunkiem spełnienia wymogów zawartych w punktach 2 do 5.

1. Okres bezpieczeństwa wynosi:

- Wszczyepy typu lat
- Uzupełnienie protetyczne lat
- Inne (jakie) lat

2. Czas obowiązywania regulacji bezpieczeństwa biegnie od dnia oddania uzupełnienia protetycznego.

3. Istotne warunki obowiązywania regulacji bezpieczeństwa:

- Utrzymanie odpowiedniej higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Przestrzeganie terminów wizyt kontrolnych.
- Natychmiastowe sygnalizowanie placówce prowadzącej leczenie wszelkich zauważonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu wykonanego uzupełnienia implantoprotetycznego.

4. Utrata ważności regulacji bezpieczeństwa:

- Dwukrotna nieobecność pacjenta na wizytach kontrolnych w uzgodnionym terminie.
- Brak dbałości o należytą higienę jamy ustnej.
- Wykonanie modyfikacji uzupełnienia protetycznego w innym gabinecie stomatologicznym.
- Prowadzenie w innym gabinecie stomatologicznym leczenia mogącego mieć wpływ na trwałość uzupełnienia implantoprotetycznego.

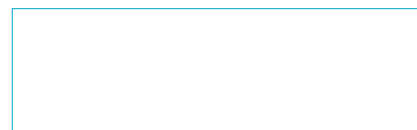
5. Niniejszy dokument sporządzony został w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje pacjent, a drugi pozostaje w niniejszej dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się i akceptuję powyższe zasady.

Data, czytelny podpis pacjenta

Egzemplarz niniejszych regulacji otrzymałem(-am)

Pieczętka placówki prowadzącej leczenie



REGULACJE SZCZEGÓLNE BEZPIECZEŃSTWA FUNKCJONALNEGO I ESTETYCZNEGO

W przypadku utraty wszczepów, bądź samoistnego uszkodzenia uzupełnienia protetycznego w okresach wymienionych poniżej, placówka wydająca niniejsze regulacje dokona ponownej implantacji i/lub modyfikacji uzupełnienia protetycznego pod warunkiem spełnienia wymogów zawartych w punktach 2 do 5.

1. Okres bezpieczeństwa wynosi:

- Wszczepty typu lat
- Uzupełnienie protetyczne lat
- Inne (jakie) lat

2. Czas obowiązywania regulacji bezpieczeństwa biegnie od dnia oddania uzupełnienia protetycznego.

3. Istotne warunki obowiązywania regulacji bezpieczeństwa:

- Utrzymanie odpowiedniej higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Przestrzeganie terminów wizyt kontrolnych.
- Natychmiastowe sygnalizowanie placówce prowadzącej leczenie wszelkich zauważonych nieprawidłowości w funkcjonowaniu wykonanego uzupełnienia implantoprotetycznego.

4. Utrata ważności regulacji bezpieczeństwa:

- Dwukrotna nieobecność pacjenta na wizytach kontrolnych w uzgodnionym terminie.
- Brak dbałości o należytą higienę jamy ustnej.
- Wykonanie modyfikacji uzupełnienia protetycznego w innym gabinecie stomatologicznym.
- Prowadzenie w innym gabinecie stomatologicznym leczenia mogącego mieć wpływ na trwałość uzupełnienia implantoprotetycznego.

5. Niniejszy dokument sporządzony został w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje pacjent, a drugi pozostaje w niniejszej dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się i akceptuję powyższe zasady.

Data, czytelny podpis pacjenta

Egzemplarz niniejszych regulacji otrzymałem(-am)

Pieczętka placówki prowadzącej leczenie

