

**ANKIETA PACJENTA PIERWSZORAZOWEGO
WYWIAD LEKARSKI (OSOBY NIEPEŁNOLETNIE)**

Dane Pacjenta: _____

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NR PESEL PACJENTA*:

* w wypadku Pacjenta nieposiadającego nr PESEL, należy wskazać datę i miejsce urodzenia.

Adres zamieszkania/korespondencyjny (**niepotrzebne skreślić)

.....
.....

Dane rodzica/opiekuna prawnego: _____

IMIĘ I NAZWISKO:

NR PESEL*:

* w wypadku osób nieposiadających nr PESEL, należy wskazać datę i miejsce urodzenia.

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Informujemy, iż podane przez Pana/Panią informacje będą objęte tajemnicą lekarską zgodnie z art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.), a także, że zostaną one zamieszczone w Pana/i dokumentacji medycznej prowadzonej w Podmiocie Leczniczym IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Informujemy także, że ma Pan/i prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej Pana/i stanu zdrowia oraz udzielonych Panu/i u świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.).

Skąd dowiedział/a się Pan/i o IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Z polecenia |
| <input type="checkbox"/> Ulotki | <input type="checkbox"/> skierowany od lekarza |
| <input type="checkbox"/> Inne (jakie?) | |

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Zgody marketingowe – kanały komunikacji

Udzielenie zgód jest dobrowolne i może być wycofane w dowolnym momencie. Zgody marketingowe są niezależne od kontaktu w sprawach medycznych i organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń.

W przypadku, wyrażenia zgody proszę o zaznaczenie odpowiedniego pola „X”.

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny przez IM Clinic Sp. z o.o. w celu przekazywania informacji marketingowych dotyczących usług i wydarzeń IM Clinic (marketing bezpośredni).

Wyrażam zgodę na wysyłanie wiadomości SMS przez IM Clinic Sp. z o.o. w celu przekazywania informacji marketingowych dotyczących usług i wydarzeń IM Clinic (marketing bezpośredni).

Wyrażam zgodę na wysyłanie do mnie wiadomości e-mail zawierających informacje marketingowe dotyczące usług i wydarzeń IM Clinic (marketing bezpośredni).

WYWIAD LEKARSKI - OGÓLNOSTOMATOLOGICZNY

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ból zęba/leczenie kanałowe | <input type="checkbox"/> Przegład/kontrola/leczenie |
| <input type="checkbox"/> Zabieg higienizacji/wybielanie | <input type="checkbox"/> Urazy/pęknięcia/złamania zębów |
| <input type="checkbox"/> Wady zgryzu | <input type="checkbox"/> Usunięcie zęba |
| <input type="checkbox"/> Metamorfoza uśmiechu | <input type="checkbox"/> Paradontoza/krwawienie dziąseł |
| <input type="checkbox"/> Fizjoterapia | <input type="checkbox"/> Neurologopeda |
| <input type="checkbox"/> Inne (jakie?) | |

Data ostatniej wizyty u lekarza dentysty:

Powód ostatniej wizyty u lekarza dentysty, wykonywane wówczas leczenie/zabieg/badania:
.....
.....

Czy w dotychczasowym leczeniu stomatologicznym wykorzystywano znieczulenie?

- NIE NIE WIEM TAK*

*jakie:

Czy w związku z zastosowanym znieczuleniem wystąpiły u Pacjenta powikłania?

- NIE NIE WIEM TAK*

*jakie:

Czy w przeszłości, podczas leczenia stomatologicznego, wystąpiły u Pacjenta powikłania?

- NIE NIE WIEM TAK*

*kiedy i jakie:

Czy w ostatnim czasie było wykonywane zdjęcie panoramiczne, zdjęcie RTG, skan 3D zębów?

- NIE NIE WIEM TAK*

*kiedy i jakie:

Co Pacjent chciałby/aby zmienić w swoim uśmiechu?
.....
.....
.....

Czy Pacjenta odczuwa lęk związany z leczeniem stomatologicznym? Jeżeli tak, to proszę zaznaczyć, jak silny jest to lęk, w skali od 0-10, przy czym 0- oznacza brak lęku, a 10 jest wartością maksymalną:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

WYWIAD OGÓLNOLEKARSKI

Czy Pacjent jest w ciąży? NIE NIE WIEM TAK*

*który tydzień:

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pacjenta następujące schorzenia (zakreślić właściwą odpowiedź):

Choroby kardiologiczne (w tym zawał serca, choroba wieńcowa, wady serca, założony rozrusznik, choroba niedokrwienna serca, wady serca): NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Nadciśnienie: NIE NIE WIEM TAK

Cukrzyca: NIE NIE WIEM TAK

Epilepsja: NIE NIE WIEM TAK

Choroby hematologiczne (schorzenia krwi): NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby pulmonologiczne (schorzenia układu oddechowego): NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby nefrologiczne (schorzenia układu moczowego/nerek) NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby reumatyczne: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby oczu: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby neurologiczne (w tym przebyty udar mózgu): NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby wątroby (w tym żółtaczka zakaźna typu A,B,C): NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby tarczycy: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby dziąseł/przyzębia: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Choroby jamy ustnej: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

Osteoporoza: NIE NIE WIEM TAK

Alergia: NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:

HIV/AIDS: NIE NIE WIEM TAK

Czy w ciągu ostatnich 2 lat Pacjent:

był/była w szpitalu lub był wykonywany zabieg chirurgiczny? NIE NIE WIEM TAK*

*jaki:.....

Czy Pacjent przyjmuje na stałe jakieś leki?

NIE NIE WIEM TAK*

*jakie:.....

Czy Pacjent pali papierosy, korzysta z urządzeń wykorzystujących technologię podgrzewania tytoniu/suszu? NIE TAK, ile sztuk dziennie:.....

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczenia Przedstawiciela Ustawowego Młodzieńczego

Oświadczam, że powyżej udzieliłem/am pełnej i zgodnej z prawdą informacji dotyczącej stanu zdrowia Pacjenta, w tym dotyczącej przebytych chorób, chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, a także występujących u Pacjenta alergii. Zobowiązuję się także do poinformowania lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach stanu zdrowia Pacjenta, w tym o ewentualnym wystąpieniu powikłań. Zrozumiałem/am, że przedmiotowe dane są danymi poufnymi.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią **Regulaminu Podmiotu Leczniczego IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** rozumiem i akceptuję jego treść. Zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad, a także zapewnienia przestrzegania Regulaminu przez Pacjenta

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacją dotyczącą **przetwarzania danych osobowych w Podmiocie Leczniczym IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (Załącznik nr 2)**, rozumiem i akceptuję treść informacji tam zawartych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz Pacjenta w zakresie i celu tam opisanych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią **Regulaminu Gwarancji Usług Stomatologicznych w Podmiocie Leczniczym IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (Załącznik nr 3)**, rozumiem i akceptuję jego treść. Zobowiązuję się do przestrzegania jego zasad.

Zgadzam się na wykonanie badań, profilaktykę oraz leczenie stomatologiczne młodzieńczego. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym leczenie.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W załączeniu:

- 1) Zgoda na znieczulenie,
- 2) Informacja o przetwarzaniu danych osobowych,
- 3) Regulamin gwarancji usług stomatologicznych,
- 4) Zgoda na udostępnianie wizerunku,

UPOWAŻNIENIE DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Zgodnie z art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.), oraz art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1545 z późn. zm.). Działając jako ustawowy przedstawiciel Pacjenta, do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, a także do uzyskiwania dokumentacji medycznej Pacjenta:

Nie upoważniam nikogo.*

Upoważniam Pana/Panią*.....,

PESEL/data urodzenia

lub dokument tożsamości:

legitymującego/ą się dowodem osobistym nr i seria,

wdanym przez

(*wskazać właściwe)

Mam świadomość, iż bez przedmiotowego upoważnienia żadna osoba poza Pacjentem i jego przedstawicielem ustawowym, nie będzie mogła uzyskać opisanych powyżej informacji o stanie zdrowia Pacjenta. Mam także świadomość, iż powyższą zgodę mogę w każdym czasie odwołać składając pisemne oświadczenie do rąk upoważnionego pracownika Podmiotu Leczniczego. Odwołanie zgody nie wpływa na legalność informacji udzielonych przed jej odwołaniem.

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

§1

Administrator danych osobowych

Podmiot Lecznicy IM Clinic Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością jest administratorem (dalej: „Administrator”) w rozumieniu art. 4 pkt 7) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.). (dalej także jako: „RODO”), danych osobowych Pacjentów przekazanych Administratorowi w związku z korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w IM Clinic Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością.

Obowiązki Administratora wykonuje Kierownik Podmiotu Lecznicy IM Clinic Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością – Iwona Gornowicz, nr. tel. 600 570 707, e-mail rejestracja@imclinic.pl, adres do korespondencji ul. Starogardzka 33, 80-180 Borkowo

Jeżeli ma Pan/i pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pana/i danych osobowych w zakresie działania Podmiotu Lecznicy, a także przysługujących Panu/Pani uprawnień, może Pan/i skontaktować się z Administratorem za pomocą danych teleadresowych wskazanych powyżej.

§2

Cele przetwarzania danych osobowych wraz ze wskazaniem podstawy prawnej

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą przede wszystkim w celach zdrowotnych, w tym w celu profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, w celu realizacji praw i obowiązków Podmiotu Lecznicy jako strony umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także w celach promocyjnych i marketingowych.

1. Dane osobowe Pacjentów będą przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów, zgodnie z umową między Pacjentem a Podmiotem Lecznicy (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit b) RODO).
2. Dane osobowe Pacjentów będą również przetwarzane w celu wypełnienia ciężących na Administratorze obowiązków prawnych, w szczególności obowiązku prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej i księgowej (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO).
3. Dane osobowe Pacjentów będą również przetwarzane w celu wykonywania Umowy między Pacjentem a Podmiotem Lecznicy oraz realizacji praw i obowiązków Administratora jako strony Umowy z niej wynikających oraz realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora w tym zakresie (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit f) RODO).
4. W odniesieniu do danych osobowych pozyskanych wskutek utrwalenia wizerunku Pacjenta na nagraniach z kamer monitoringu, będą one przetwarzane w celu zabezpieczenia osób i mienia znajdujących się w Podmiocie Lecznicy (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit f) RODO).
5. Dane osobowe Pacjentów przetwarzane są także dla celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej (podstawą prawną jest art. 9 ust. 2 lit. h) RODO).
6. Dane osobowe Pacjentów przetwarzane są także w celu zachęcenia Pacjentów do skorzystania z usług Podmiotu Lecznicy lub poinformowania o bieżącej ofercie świadczonych usług, a także w celu opublikowania wizerunku lub zdjęcia szczęki/uzębienia Pacjenta przed i po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, na podstawie stosownej zgody Pacjenta (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a) w zw. z art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
7. Dane osobowe Pacjentów będą przetwarzane także w celach marketingowych i promocyjnych na podstawie wyrażonej przez Pacjenta zgody (podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit a) RODO).
8. W pozostałych przypadkach dane osobowe Pacjentów przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej oddzielnej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

§3

Źródło danych osobowych, zakres danych, odbiorcy danych

1. Dane osobowe Pacjentów, które zbiera i przetwarza Administrator pochodzą od Pacjentów lub ich przedstawicieli ustawowych.

2. Dane osobowe Pacjenta obejmują:
 - a) imię lub imiona i nazwisko,
 - b) płeć,
 - c) numer PESEL, seria i nr dowodu osobistego oraz oznaczenie organu wydającego,
 - d) dane teleadresowe takie jak: adres do korespondencji, adres zamieszkania, numer telefonu, adres poczty elektronicznej
 - e) wizerunek (na podstawie odrębnej zgody),
3. Podanie danych przez Pacjenta jest dobrowolne, ale konieczne do tego, żeby udzielić na rzecz Pacjenta wnioskowanych przez Pacjenta świadczeń zdrowotnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w § 3 powyżej odbiorcami danych osobowych Pacjenta mogą być:
 - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
 - b) podmioty, które przetwarzają dane osobowe, dla których IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ jest Administratorem na podstawie lub podczas realizacji umów podpisanych z Administratorem, w tym jego współpracownicy, pracownicy oraz zleceniobiorcy, inne osoby lub podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, w tym usługi księgowo i prawne;
5. Dane osobowe Pacjentów nie będą przekazywane do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych.

§4

Okres przetwarzania danych

1. Dane osobowe Pacjentów przetwarzane są nie dłużej, niż jest to konieczne do udzielenia umówionych świadczeń zdrowotnych, a po tym czasie mogą być przez Administratora przetwarzane przez okres niezbędny dla upływu okresu niezbędnego do przedawnienia ewentualnych roszczeń Pacjenta lub Administratora wynikających z Umowy.
2. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1 powyżej, dane osobowe Pacjenta mogą być przetwarzane wyłącznie przez okres i w zakresie wynikającym z przepisów prawa powszechnie obowiązujących, w tym przepisów regulujących obowiązek przechowywania dokumentacji medycznej Pacjentów.

§ 5

Uprawnienia Pacjenta

1. Pacjentowi przysługuje prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 2. Pacjentowi przysługuje prawo do przenoszenia danych,
 3. Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 4. Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu ds. Ochrony Danych Osobowych.
 5. Pacjentowi przysługuje prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- Z uwagi na cel przetwarzania danych o stanie zdrowia Pacjentów oraz obowiązek, prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej Pacjenta, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, do przenoszenia danych lub do sprzeciwu wobec ich przetwarzania jest wyłączone w odniesieniu do tych danych.

§6

Oświadczenia

1. Pacjent oświadcza, że zapoznał się z treścią niniejszego dokumentu, a także iż jego treść, w tym przysługujące mu prawa nie budzą jego wątpliwości.
2. Pacjent oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych na zasadach określonych w niniejszym dokumencie.
3. Pacjent oświadcza, że został poinformowany o tym, że wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych, nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
4. Pacjent oświadcza, że ma świadomość, iż jego dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

§7

Klauzula informacyjna – monitoring wizyjny

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (tzw. RODO), informujemy, że:

1. **Administratorem danych osobowych** jest:

IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

ul. Starogardzka 33, 80-180 Borkowo, nr. tel. 600 570 707, e-mail rejestracja@imclinic.pl

2. **Dane osobowe** w postaci wizerunku są przetwarzane w ramach systemu monitoringu wizyjnego (bez fonii), prowadzonego na terenie placówki.

3. **Cele przetwarzania danych:**

Dane przetwarzane są w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, personelu, innych osób przebywających na terenie placówki oraz ochrony mienia.

4. **Podstawa prawna przetwarzania:**

Art. 6 ust. 1 lit. f RODO – prawnie uzasadniony interes administratora, jakim jest zapewnienie bezpieczeństwa oraz ochrona mienia.

5. **Okres przechowywania danych:**

Nagrania z monitoringu przechowywane są nie dłużej niż 6 dni od dnia ich rejestracji, chyba że stanowią dowód w postępowaniu – wtedy do czasu prawomocnego zakończenia sprawy.

6. **Odbiorcy danych:**

Dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa (np. policji, sądom), a także firmie serwisującej system monitoringu, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych.

7. **Prawa osoby, której dane dotyczą:**

Osobie nagranej przysługuje prawo dostępu do nagrań, prawo do ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu – w zakresie, w jakim pozwalają na to przepisy prawa.

8. **Źródło danych:**

Dane są pozyskiwane bezpośrednio przez system kamer zainstalowanych na terenie placówki.

9. **Dane nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG)** ani nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie podlegają profilowaniu.

Informacja o monitoringu dostępna jest również w rejestracji

.....
(podpis pacjenta)

Borkowo, dnia 2026 r.

REGULAMIN GWARANCJI USŁUG STOMATOLOGICZNYCH

§1

Przedmiot Regulaminu

1. Podmiot Lecznicy IM Clinic Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością (dalej także jako: IM Clinic) udziela gwarancji na świadczone usługi stomatologiczne na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.
2. Udzielana gwarancja, wynika ze świadomości wysokich: wiedzy i umiejętności osób świadczących usługi na rzecz Pacjentów IM Clinic, a także z wykorzystywania materiałów, urządzeń oraz technologii pozostających na światowym poziomie.
3. Szczegółowy zakres i warunki gwarancji, opisane zostały w odniesieniu do każdego rodzaju usług świadczonych w Podmiocie Lecznicy, odrębnie.

§2

Leczenie zachowawcze i endodontyczne (wypełnienia)

1. Na wypełnienia zakładane w ramach leczenia zachowawczego i endodontycznego udzielamy następujących gwarancji:
 - a) 12 miesięcy w wypadku wypełnień standardowych, tj. innym niż wymienione poniżej,
 - b) 6 miesięcy w wypadku wypełnień zakładanych na zęby martwe,
 - c) 6 miesięcy w wypadku wypełnień większych niż 50% objętości zęba,
 - d) 6 miesięcy w wypadku kolejnego wypełnienia zakładanego na danym zębie.
2. W razie konieczności leczenia endodontycznego/reendodontycznego w okresie 6 miesięcy od zakończenia leczenia zęba. W ramach opisanych powyżej gwarancji, Pacjent pokrywa jedynie koszty leczenia, **bez kosztów założenia wypełnienia**.
3. Gwarancja na wypełnienie założone przy ubytku tego rodzaju/wielkości, iż zasadnym z punktu widzenia medycznego, byłoby założenie korony protetycznej, nie obejmuje założenia korony protetycznej w miejsce pękniętego/w inny sposób uszkodzonego lub wypadniętego wypełnienia.

§3

Leczenie protetyczne i implantologiczne

1. W ramach leczenia protetycznego i implantologicznego, udzielamy następujących gwarancji:
 - a) Uzupełnienia protetyczne – 2 lata
 - b) Implanty Megagen – 2 lata
2. Gwarancja nie obejmuje prac wykonanych w ramach tzw. leczeń kompromisowych, tj. leczenia wykonywanych w naturalnych (bez wymaganego leczenia) warunkach zgryzowych.

§4

Warunki gwarancji

1. Warunkiem gwarancji udzielonych na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie jest:
 - a) Ukończenie całego zaplanowanego leczenia w IM Clinic,
 - b) Przestrzeganie wszystkich zaleceń lekarza prowadzącego,
 - c) Stawianie się Pacjenta na wszystkie zalecone w ramach leczenia wizyty kontrolne,
 - d) Poddawanie się zabiegowi higienizacji jamy ustnej, nie rzadziej niż co 6 miesięcy,
 - e) Zachowywanie właściwej higieny jamy ustnej,

2. Udzielona gwarancja nie obejmuje:
 - a) Uszkodzeń powstałych przed zakończeniem zaplanowanego leczenia,
 - b) Uszkodzeń wynikających z winy Pacjenta, w tym powstałych na skutek:
 - niestawiania się na wizyty kontrolne, lub stawiania się w czasie innym niż zalecany przez lekarza prowadzącego,
 - braku przestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego, w tym dotyczących poddawania się zabiegom z zakresu higienizacji,
 - niewłaściwej higieny jamy ustnej,
 - spożywania alkoholu lub palenia papierosów oraz korzystania z urządzeń wykorzystujących technologię podgrzewania tytoniu lub suszu, w okresie po leczeniu, w którym zgodnie z zaleceniami lekarza Pacjent powinien powstrzymać się od powyższego,
 - niewłaściwej diety (niezgodnej z zaleceniami lekarza) np. zbyt wczesnego spożywania produktów twardych,
 - c) Uszkodzeń zęba, implantu lub pracy protetycznej, powstałych na skutek czynników zewnętrznych, np. w razie uszkodzenia mechanicznego,
 - d) Prac tymczasowych,
 - e) Uszkodzeń powstałych na skutek czynników biologicznych związanych z pacjentem, takich jak: choroby kości, w tym zanik kości, inne choroby wpływające na stan zdrowia zębów i jamy ustnej,
3. Udzielona gwarancja wygasa w razie poddania leczonego zęba, w tym założonego implantu lub pracy protetycznej, leczeniu lub jakiegokolwiek ingerencji stomatologicznej przez osoby nieświadczące usług w IM Clinic. W szczególności w razie naniesienia poprawek, podjęcia leczenia przez innego niż pracujący w IM Clinic lekarz dentysta.
4. Warunkiem skorzystania z udzielonej gwarancji jest zgłoszenie reklamacji, w terminie 30 dni od dnia powstania wady.
5. Zgłoszenie reklamacji może nastąpić także za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie.
6. IM Clinic rozpatruje zgłaszane reklamacje w terminie 14 dni. Odpowiedź może nastąpić przy wykorzystaniu takiej samej formy komunikacji, jak ta w jakiej zgłoszono reklamację.

Oświadczam, że opisane powyżej warunki gwarancji na udzielane świadczenia stomatologiczne zrozumiałem i wyrażam na nie świadomą zgodę. Jednocześnie oświadczam, że powyższe warunki zostały mi w sposób jasny i zrozumiały objaśnione, a na wszelkie moje pytania uzyskałem/am odpowiedzi.

.....
(podpis pacjenta)

Borkowo, dnia

ZGODA PACJENTA NA ZNIECZULENIE NASIĘKOWE I PRZEWODOWE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

NR PESEL PACJENTA*:

* w wypadku Pacjenta nieposiadającego nr PESEL, należy wskazać datę i miejsce urodzenia.

Zgodnie z:

- 1) art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2024.1287 t.j. z dnia 2024.08.26 z późn. zm.);
- 2) art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U.2024.581 t.j. z dnia 2024.04.16 z późn. zm.);
- 3) Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Niniejszym wyrażam zgodę na stosowanie podczas mojego leczenia **IM CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** (dalej także jako: „**IM CLINIC**”), znieczulenia nasiękowego i przewodowego. Oświadczam także, że znam i akceptuję, przedstawione mi koszty każdorazowego zastosowania znieczulenia. W sytuacji konieczności zastosowania dodatkowego znieczulenia lub znieczulenia innego rodzaju niż pierwotnie planowane, wyrażam zgodę na dokonanie korekty kosztorysu.

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o:

- a) specyfice leczenia w znieczuleniu, w szczególności o tym, iż stosowane jest ono wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych, a także, że znieczulenie można podać, gdy przeprowadzane będzie rutynowe leczenie zębów lub poważniejsze zabiegi stomatologiczne,
- b) znieczulenie podawane jest na życzenie pacjenta,
- c) możliwych powikłaniach oraz objawach niepożądanych po podaniu znieczulenia oraz ryzyku ich wystąpienia,
- d) alternatywnych wobec zaproponowanej, metodach leczenia w tym o możliwości zaniechania leczenia, a także o ryzykach związanych z alternatywnymi metodami leczenia oraz możliwych konsekwencjach zaniechania leczenia,
- e) możliwości odwołania zgody na podanie znieczulenia, w każdym czasie,

Oświadczam także, iż przed udzieleniem mi informacji wskazanych powyżej oraz zaproponowaniem mi leczenia w znieczuleniu, udzieliłem/am zgodnej z prawdą informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia, w tym dotyczącej przebytych chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, a także występujących u mnie alergiiach. Zobowiązuję się także do poinformowania lekarza prowadzącego o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia, w tym o ewentualnym wystąpieniu powikłań. Zrozumiałem/am, że przedmiotowe dane są danymi poufnymi.

Najczęstsze powikłania związane z podaniem znieczulenia:

1) Powikłania ogólne:

- a) **Omdlenie** - krótkotrwała utrata przytomności z zachowaniem krążenia i akcji serca. Przyczyną może być silny strach lub bodziec bólowy,
- b) **Odczyn toksyczny** - może nastąpić po podaniu środka znieczulającego, na skutek reakcji alergicznej lub toksycznej. Występuje reakcja ze strony układu nerwowego i/lub układu

krażenia: pobudzenie psychoruchowe, drętwienie języka, zaburzenia widzenia, drgawki i kurcze mięśni. W skrajnych przypadkach może wystąpić śpiączka. Ostre odczyny toksyczne mogą doprowadzić do niewydolności oddechowej, a nawet zgonu

2) **Powikłania o charakterze miejscowym:**

- a) Uszkodzenie nerwu czuciowego,
- b) Krwihak tkanek,
- c) Miejscowe niedokrwienie tkanek,
- d) Porażenie nerwów ruchowych.
- e) Zainfekowanie organizmu podczas iniekcji znieczulenia,
- f) Dolegliwości bólowe,
- g) Złamanie igły przy gwałtownym ruchu pacjenta,
- h) Niedostateczne znieczulenie,

3)

(* wypełnia lekarz, stosownie do zauważanych, innych niż wymienione powikłań mogących wystąpić podczas danego leczenia)

Przyjmuję do wiadomości, iż **występowanie powikłań jest kwestią indywidualną**, zależną od wielu czynników, takich jak: uwarunkowania genetyczne, ogólny stan zdrowia zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych, poziom higieny jamy ustnej przed, w trakcie i po leczeniu, stosowanie się do zaleceń związanych z leczeniem, występujące alergie czy stawianie się na wizyty kontrolne. Potwierdzam, że wszystkie wymienione powyżej możliwe powikłania zostały ze mną szczegółowo omówione.

Zalecenia związane z podaniem znieczulenia*:

- 1) powstrzymanie się od jedzenia oraz picia przez 3 godzin po zabiegu,
- 2) powstrzymanie się od spożywania alkoholu przez okres 1 dnia po zabiegu,
- 3) niezwłoczne poinformowanie lekarza o występujących powikłaniach,
- 4)

(*wypełnia lekarz, stosownie do zasadnych, innych niż wymienione zaleceń związanych z podaniem znieczulenia)

Oświadczam także, iż mam wiedzę, że **efekty leczenia nie są gwarantowane** i mogą być różne u każdego pacjenta, a także iż zależą od stosowania się do zaleceń związanych z leczeniem. Zostałem/am także poinformowany/a o czynnikach wpływających na ostateczny efekt leczenia.

W szczególności mam świadomość, że planowane leczenie zmierza do usunięcia konkretnego problemu zdrowotnego i może nie eliminować problemów współistniejących.

Udzielone mi informacje, w zakresie opisanym powyżej są dla mnie zrozumiałe, udzielono mi wyczerpujących wyjaśnień w przedmiotowym zakresie, jak również wyjaśnione zostały moje wątpliwości związane z planowanym leczeniem. Znam i rozumiem moje prawa oraz obowiązki związane z planowanym leczeniem.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

.....
(podpis pacjenta)