



FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA NA ZABIEG ESTETYCZNEJ ODBUDOWY ZĘBÓW METODĄ BONDINGU / LICÓWEK KOMPOZYTOWYCH

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL / Data urodzenia:.....

1. Opis planowanego zabiegu i stosowanych metod

Zabieg polega na estetycznej i czynnościowej odbudowie lub korekcie kształtu i koloru zębów za pomocą nowoczesnych materiałów kompozytowych. W zależności od wskazań medycznych, warunków zgryzowych oraz oczekiwań estetycznych Pacjenta, zabieg bondingu może zostać wykonany jedną z dwóch poniższych metod lub ich połączeniem:

- **Metoda bezpośrednia z wolnej ręki (free-hand bonding):** polega na warstwowym, ręcznym nakładaniu i modelowaniu materiału kompozytowego przez lekarza bezpośrednio na powierzchni zęba podczas jednej wizyty.
- **Metoda Flow Injection:** polega na precyzyjnym wstrzyknięciu płynnego kompozytu na powierzchnię zębów przez specjalną, przezroczystą szynę (indeks silikonowy). Szyna ta jest przygotowywana w laboratorium na podstawie wcześniejszego, indywidualnego projektu uśmiechu Pacjenta (wax-up/mock-up).

Zabieg najczęściej nie wymaga szlifowania twardych tkanek zęba (jest małoinwazyjny), a jedynie odpowiedniego przygotowania powierzchni szkliva poprzez chemiczne wytrawienie i nałożenia systemu wiążącego (bondu). W niektórych przypadkach konieczna może być minimalna preparacja zębów w celu uzyskania optymalnego efektu estetycznego lub stabilności mechanicznej.

2. Warunki finansowe, opłata rezerwacyjna i rezygnacja z leczenia

Ze względu na zaawansowany charakter procedury, konieczność wykonania indywidualnych prac laboratoryjnych oraz rezerwację długiego bloku czasowego w gabinecie (sięgającego nawet połowy dnia roboczego), obowiązują następujące zasady rozliczeń:

- Całkowity szacowany koszt procedury zabiegowej wynosi: PLN.
- **Wpłata opłaty rezerwacyjnej:** Warunkiem rozpoczęcia procedury, wykonania skanów, zlecenia prac laboratoryjnych oraz rezerwacji terminu właściwego zabiegu jest wpłata przez Pacjenta bezzwrotnej opłaty rezerwacyjnej w wysokości: PLN. Kwota ta po wykonaniu zabiegu zostaje zaliczona na poczet końcowego rozliczenia usługi.
- **Koszty etapu wstępnego:** Koszt wykonania skanów wewnątrzustnych, projektu cyfrowego/wax-up oraz specjalnej przezroczystej szyny wynosi: PLN.

- **Skutki rezygnacji lub nieobecności:** W przypadku:
 1. rezygnacji Pacjenta z zabiegu na etapie laboratoryjnym (po wykonaniu skanów/szyny),
 2. niezgłoszenia się na wyznaczony termin zabiegu/ spóźnienia powyżej 15minut lub odwołania wizyty w czasie krótszym niż 48 godzin przed jej rozpoczęciem,

Opłata rezerwacyjna przepada w całości na rzecz Gabinetu w celu pokrycia kosztów laboratoryjnych oraz strat wynikających z blokady niezwróconego czasu pracy personelu medycznego.

3. Wybór i akceptacja kształtu oraz koloru odbudowy

- **Decyzja Pacjenta:** Pacjent bierze czynny udział w procesie planowania i ma prawo współdecydować o docelowym kształcie oraz kolorze nowych odbudów kompozytowych przed przystąpieniem do ostatecznego wykonania pracy.
- **Moment akceptacji:** Ostateczny wybór koloru oraz kształtu (np. na podstawie wizualizacji mock-up lub bezpośrednio przed aplikacją kompozytu) jest wiążący. Pacjent potwierdza swoją akceptację własnoręcznym podpisem na karcie lub ustną akceptacją w obecności lekarza przed spolimeryzowaniem materiału.
- **Płatne zmiany po wykonaniu pracy:** Wszelkie modyfikacje, korekty lub całkowite zmiany koloru bądź kształtu zębów, których Pacjent zażąda **po ukończeniu i wypolerowaniu pracy**, są traktowane jako usługa dodatkowa. Są one w 100% odpłatne i ponowne ich wykonanie wiąże się z koniecznością uiszczenia przez Pacjenta dopłaty w wysokości:
 - [] % wartości pierwotnego zabiegu, LUB
 - [] kwoty stałej w wysokości PLN za każdy korygowany ząb.

(Podpis Pacjenta:)

4. Alternatywne metody leczenia

Alternatywą dla kompozytowej odbudowy zębów jest:

- Brak podjęcia leczenia (pozostawienie obecnego stanu uzębienia).
- Wykonanie stałych uzupełnień protetycznych, takich jak licówki porcelanowe lub korony protetyczne (metody bardziej inwazyjne, wymagające oszlifowania zębów, ale trwalsze).
- Leczenie ortodontyczne (w przypadku wad zgryzu lub nieprawidłowego ustawienia zębów).

5. Możliwe powikłania i ryzyko zabiegowe

Jak każdy zabieg medyczny, bonding i technika Flow Injection niosą ze sobą ryzyko wystąpienia powikłań, do których należą w szczególności:

- Nadwrażliwość pozabiegowa zębów na bodźce termiczne (ciepło, zimno) oraz chemiczne (słodkie, kwaśne), która najczęściej ma charakter przejściowy.

- Podrażnienie lub stan zapalny dziąseł w okolicy przydziąsłowej rekonstruowanych zębów (zwykle ustępuje po kilku dniach przy prawidłowej higienie).
- Odpryski, ukruszenia lub pęknięcia materiału kompozytowego pod wpływem sił żucia, urazów mechanicznych lub nawyków (np. obgryzanie paznokci, bruksizm).
- Przebarwienia brzeżne lub zmiana koloru samej odbudowy kompozytowej pod wpływem barwników spożywczych (kawa, herbata, wino) oraz palenia tytoniu. Kompozyt wymaga regularnego polerowania.
- W rzadkich przypadkach, przy głębokiej preparacji lub niewykrytych wcześniej mikrourazach zęba, może dojść do obumarcia miazgi i konieczności leczenia kanałowego.

6. Zalecenia pozabiegowe, dysfunkcje narządu żucia i warunki gwarancji

- **Okres gwarancji:** Gabinet udziela gwarancji na wykonaną odbudowę kompozytową na okres **2 lat** od dnia zakończenia zabiegu.
- **Żywotność materiału:** Pacjent zostaje poinformowany, że materiały kompozytowe z upływem czasu ulegają naturalnemu zużyciu, starciu oraz utracie pierwotnego połysku. Niezależnie od udzielonej 2-letniej gwarancji, estetyczna odbudowa tego typu **może wymagać całkowitej wymiany lub renowacji po okresie około 5 lat**, co jest uwarunkowane indywidualnymi cechami organizmu, warunkami zgryzowymi oraz dietą Pacjenta. Koszt kolejnej wymiany ponosi Pacjent.
- **Warunki utrzymania gwarancji:** Warunkiem obowiązywania 2-letniej gwarancji jest bezwzględne stosowanie się Pacjenta do zaleceń lekarskich, w tym:
 - Przestrzeganie "białej diety" przez pierwsze 48 godzin po zabiegu (unikanie barwiących pokarmów i napojów).
 - Utrzymywanie nienagannej higieny jamy ustnej (szczotkowanie, nitkowanie).
 - Zgłaszanie się na regularne wizyty kontrolne połączone z profesjonalną higienizacją oraz polerowaniem kompozytu **co 6 miesięcy** (wizyty są odpłatne zgodnie z cennikiem gabinetu).
- **Dysfunkcje narządu żucia i szynoterapia:** W przypadku stwierdzenia lub wystąpienia dysfunkcji narządu żucia (np. bruksizm, zgrzytanie, zaciskanie zębów, parafunkcje), istnieją bezwzględne wskazania do użytkowania ochronnej szyny relaksacyjnej według zaleceń lekarza prowadzącego. Wykonanie szyny ochronnej stanowi **koszt dodatkowy**, który Pacjent ponosi oddzielnie, zgodnie z obowiązującym cennikiem gabinetu. Niestosowanie się do zalecenia noszenia szyny ochronnej powoduje natychmiastową utratę gwarancji na wykonany bonding/Flow Injection ze względu na ryzyko przeciążeń mechanicznych i uszkodzeń materiału.

7. Zgoda na dokumentację fotograficzną i wykorzystanie w celach marketingowych

Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć fotograficznych oraz nagrań wideo, uśmiechu oraz zębów przed, w trakcie oraz po zakończeniu leczenia. Materiały te będą stanowiły część dokumentacji medycznej.

Wyrażam dobrowolną zgodę na ich nieodpłatne wykorzystanie przez Gabinet w celach edukacyjnych, naukowych oraz marketingowych (w tym do publikacji na stronie internetowej gabinetu oraz w mediach społecznościowych), w sposób uniemożliwiający bezpośrednią identyfikację mojej tożsamości (kadrowanie do obszaru ust/uśmiechu), chyba że uzgodniono inaczej.

Proszę zaznaczyć właściwe pole znakiem X:

- ☐ **TAK**, wyrażam zgodę na wykorzystanie zdjęć w celach marketingowych.
- ☐ **NIE**, nie wyrażam zgody na cele marketingowe (zdjęcia mogą być użyte wyłącznie do dokumentacji medycznej).

(Podpis Pacjenta:)

8. Oświadczenie Pacjenta

- Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o stanie mojego uzębienia, planowanym zabiegu, przebiegu procedury bonding / Flow Injection oraz o alternatywnych metodach leczenia.
- Zrozumiałem/am opisane wyżej ryzyko, ograniczenia czasowe żywotności kompozytu (ok. 5 lat), warunki finansowe oraz zasady przepadku opłaty rezerwacyjnej, zasady doboru i zmian estetycznych, warunki 2-letniej gwarancji oraz możliwe powikłania i w pełni je akceptuję.
- Miałem/am możliwość zadawania pytań, a udzielone odpowiedzi były dla mnie w pełni zrozumiałe i wyczerpujące.
- Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie zabiegu estetycznej odbudowy kompozytowej metodą bezpośrednią z wolnej ręki/ metodą Flow Injection w obrębie zębów:.....

Miejscowość: **Data:**

.....
(Podpis Pacjenta / Opiekuna prawnego)

.....
(Podpis i pieczętka Lekarza Dentysty)