

### Oświadczenie Pacjenta All-on-4

Ja, .....

nr PESEL .....

Oświadczam, że w dniu ..... zostałem/-łam poinformowany/na przez Dr. Wiesława Frankowskiego o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu oraz o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych.

Lekarz przedstawił mi alternatywne rozwiązania. Zostałem/łam również poinformowany/na o dających się przewidzieć wynikach leczenia, w tym o możliwych powikłaniach oraz o możliwych rokowaniach.

Po ocenie wszystkich przedstawionych mi informacji, na podstawie art. 16 ustawy z 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i instytucji Rzecznika Praw Pacjenta, wyrażam/nie wyrażam zgody na zastosowanie zabiegu ALL-ON-4.

Jestem w pełni świadomy/a przebiegu zaplanowanego zabiegu – konieczności wykonania ekstrakcji zębów, następnie wszczepienia 4 implantów oraz obsadzenia na nich mostu akrylowego ze wzmocnieniem.

Proponowany kolor pracy protetycznej: \_\_\_\_\_

Wybieram kolor pracy protetycznej: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wybieram powyższy kolor na własną odpowiedzialność i mam świadomość iż ewentualna zmiana koloru wiąże się z dodatkową odpłatnością za nową pracę.

Gdańsk .....

Miejscowość, data

.....

Podpis pacjenta