



LUXDENTICA

CENTRUM STOMATOLOGII

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA

Dane osobowe

Imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:
---------------------------	--------

adres korespondencyjny:	data urodzenia:
-------------------------	-----------------

telefon kontaktowy:	adres email:
---------------------	--------------

Czy chce Pan/Pani otrzymywać informacje promocyjne o usługach w Luxdentica?

Nie wyrażam zgody na udostępnianie dokumentacji medycznej osobom trzecim (podpis):
--

Osoba upoważniona do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz uzyskania dokumentacji medycznej _____ telefon _____

Gwarancja naszych usług

Udzielamy gwarancji na wykonanie usługi:

- 20 lat na implanty PREMIUM oraz 10 lat na implanty OPTIMUM
- 3 lata na leczenie kanałowe zębów
- 3 lata na wszystkie stałe uzupełnienia protetyczne (korony, mosty, licówki)
- 2 lata na leczenie zachowawcze zębów
- 1 rok na protezy ruchome

Warunki utrzymania gwarancji:

- regularne odbywanie wizyt kontrolnych co 12 miesięcy i wykonanie pełnego pakietu higienizacyjnego u jednej z naszych higienistek z oznaczeniem wskaźników higieny API, PBI (usługi płatne)
- odbywanie wizyt kontrolnych co 3 miesiące, po zakończeniu leczenia ortodontycznego
- przestrzeganie zaleceń lekarza prowadzącego
- utrzymanie należytej higieny jamy ustnej

Gwarancja nie obejmuje:

- prac tymczasowych – korony tymczasowe, protezy natychmiastowe osadzone bezpośrednio po usunięciu zębów
- prac, przy których wykonaniu Pacjent został poinformowany o ograniczonej gwarancji lub jej braku, a które zostały wykonane na wyraźne życzenie Pacjenta
- kieśdy bezpośrednio po wypełnieniu zęba okazuje się konieczne przeprowadzenie leczenia kanałowego, wtedy wypełnienie wykonywane jest w ramach gwarancji, natomiast pacjent ponosi koszty leczenia kanałowego
- ponownego leczenia kanałowego zęba
- leczenia kanałowego bez użycia mikroskopu
- leczenia zębów mlecznych

Nie podlegają gwarancji uszkodzenia powstałe w wyniku:

- niedostatecznej higieny jamy ustnej
- złamań koron zębowych pomiędzy wizytami dotyczącymi zębów będących w trakcie leczenia kanałowego
- złamań koron zębowych zębów po leczeniu kanałowym nieodbudowanych protetycznie
- nie odbywania zalecanych wizyt kontrolnych
- urazów mechanicznych
- naturalnego zaniku kości i zmian w przyzębiu
- istniejącego schorzenia mającego niekorzystny wpływ na układ żuwący (np. cukrzyca, padaczka, osteoporoza, stan po napromieniowaniu i terapii cytotatykami)

Oświadczam, że powyższe warunki gwarancji są dla mnie jasne i zrozumiałe. Jednocześnie nie dotrzymując powyższych warunków gwarancji, świadomie zrzekam się prawa do roszczeń względem Luxdentica. Złożenie podpisu jest tożsame z wyrażeniem zgody na leczenie.

Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Wywiad chorobowy pacjenta

Lp.	Czy zdiagnozowano u Pani/Pana którekolwiek z poniższych schorzeń:	NIE	TAK	NIE WIEM
1.	Choroby układu oddechowego			
2.	Nadciśnienie			
3.	Choroba wieńcowa			
4.	Niewydolność krążenia			
5.	Przebyty zawał serca			
6.	Choroba niedokrwienna serca			
7.	Wada serca			
8.	Niewydolność nerek			
9.	AIDS/HIV pozytywny			
10.	Wirusowe zapalenie wątroby B/C			
11.	Zaburzenia krzepliwości krwi			
12.	Hemofilia			
13.	Padaczka			
14.	Przebyty udar mózgu			
15.	Astma			
16.	Choroba tarczycy			
17.	Cukrzyca			
18.	HBS pozytywny			
19.	Choroby reumatyczne			
20.	Choroby oczu			
21.	Choroby skóry			
22.	Zaburzenia hormonalne			
	Przeciwwskazania/Inne:			
1.	Ciąża			
2.	Alergia na leki			
3.	Alergia na materiały stomatologiczne			
4.	Czy w ciągu ostatnich 2 lat miał/a Pan/Pani zabieg operacyjny?			
5.	Czy w ostatnim czasie wykonywał/a Pan/Pani zabieg kosmetyczny?			
6.	Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani leczenie szpitalne?			
7.	Czy aktualnie Pan/Pani się na coś leczy?			
8.	Czy przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki?			
9.	Czy był/a Pan/Pani znieczulana w obrębie jamy ustnej?			
10.	Alergia na nikiel			
11.	Alergia na środki znieczulające			
12.	Czy miał/a Pani/Pan nie wymienione powyżej schorzenia?			
Więcej informacji o stanie mojego zdrowia:				