

Plán ortodontické léčby

SOUHLAS S LÉČEBNÝM PLÁNEM A CENOVÝMI PODMÍNKAMI

Vážená paní, Vážený pane,

Do rukou dostáváte souhrn a výsledek ortodontického vstupního vyšetření a diagnostiky, který zpřesňuje a vymezuje rozsah a povahu budoucího ortodontického ošetření. Společně s touto výstupní informací dostáváte návrh léčebného plánu s jeho variantami (jsou-li navrženy), předpokládaný postup a délku léčby.

Součástí tohoto souhlasu je také předběžná cenová kalkulace, vycházející z ceníku, se kterým byl pacient předem seznámen.

- 1.1. Pacient bere na vědomí, že ve výše uvedených částkách není zahrnuta cena za pacientem zničený nebo ztracený materiál/zařízení.
- 1.2. Platnost ceníku a změny: orientační ceník uvedený v souvislosti s léčebným plánem je platný a účinný po dobu 6 měsíců od podpisu léčebného plánu pacientem. O případném zvýšení cen bude pacient informován poskytovatelem s dostatečným předstihem, zpravidla nejméně 2 měsíce před účinností nového ceníku. V případě, že nedojde ke úpravě ceníku poskytovatelem, zůstává dosavadní ceník v platnosti a účinnosti.

Léčebný plán č.: _____ **Datum vyhotovení:** _____
Oddělení/klinika: _____
Jméno pacienta: _____
Datum narození: _____
Rodné číslo: _____
Trvalé bydliště: _____

- **DIAGNOSTIKA ORTODONTICKÝCH ANOMÁLIÍ:**

- **VÝSLEDEK RTG VYŠETŘENÍ:**

- **NÁVRH ORTODONTICKÉ LÉČBY:**

- **PŘEDBĚŽNÁ CENOVÁ KALKULACE:**

2. Výslovný informovaný souhlas

- 2.1. Pacient prohlašuje, že mu bylo náležitě objasněno: důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, možné následky a rizika léčby, alternativy a důsledky nepodstoupení léčby, přičemž měl možnost klást otázky a porozuměl odpovědím.
- 2.2. Pacient prohlašuje, že pravdivě informoval poskytovatele o zdravotním stavu, užívaných lécivech a dalších skutečnostech významných pro léčbu.
- 2.3. Pacient tímto uděluje informovaný souhlas s ortodontickou léčbou dle výše uvedeného léčebného plánu a souhlasí s cenovými podmínkami poskytovatele dle tohoto dokumentu.

Souhlasím s navrženým léčebným postupem a cenovou kalkulací v plném rozsahu

Nesouhlasím s navrženým léčebným postupem a cenovou kalkulací v plném rozsahu

**) zvolenou variantu označte křížkem*

Pacient, zákonný zástupce, opatrovník

Jméno a příjmení: _____

Trvalé bydliště: _____

Vztah k pacientovi: _____

V Ostravě dne: _____

Identifikace a podpis odpovědného pracovníka

podpis pacienta, rodinného příslušníka, zákonného zástupce