OGRANICZONA GWARANCJA PROTETYCZNA

Imię i nazwisko Pacjenta, PESEL	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	

Ja, niżej podpisany/a, zostałem/am poinformowany/a o ograniczonej gwarancji oraz ograniczonej odpowiedzialności za wykonane leczenie / pracę protetyczną:
……
……
……
……
……
……
……
……..

Lekarz przekazał mi informację o tym, że gwarancja nie obejmuje:

- Prac tymczasowych, w tym: koron tymczasowych, protez natychmiastowych osadzonych bezpośrednio po usunięciu zębów wymagające po pewnym czasie podścielenia
- Prac, które zostały wykonane na wyraźne życzenie Pacjenta, przy wykonaniu których Pacjent został poinformowany o ograniczonej gwarancji lub jej braku
- Przeprowadzenia leczenia kanałowego – kiedy bezpośrednio po wypełnieniu zęba lub osadzeniu pracy protetycznej stałej okaże się ono konieczne, wtedy wykonywane jest w ramach gwarancji, natomiast Pacjent ponosi koszt leczenia kanałowego i ewentualnego wzmocnienia zęba wkładem koronowo -korzeniowym
- Ponownego leczenia kanałowego zęba leczonego wcześniej poza Euro Dent C. S.
- Leczenia stanów zapalnych zębodołu po ekstrakcji zęba
- Leczenia protetycznego/implantoprotetycznego podczas trwania którego pacjent poddał się zabiegom twarzy z zakresu medycyny estetycznej
- Leczenia stanów zapalnych zębodołu po ekstrakcji zęba

Lekarz przekazał mi zalecenia dotyczące dalszego leczenia stomatologicznego oraz przekazał informację, że gwarancji nie podlegają uszkodzenia powstałe w wyniku:

- Niedostatecznej higieny jamy ustnej
- Nieodbywania zalecanych wizyt kontrolnych
- Odstąpienia od planu leczenia lub jego przerwanie
- Złamań koron zębowych zębów będących w trakcie leczenia kanałowego
- Złamań koron zębowych zębów po leczeniu kanałowym niewzmocnionych wkładem koronowo- korzeniowym i nieodbudowanych protetycznie
- Urazu mechanicznego (np. w wyniku uderzenia w koronę protetyczną lub innego nieszczęśliwego wypadku)
- Braku przestrzegania zaleceń lekarza odnośnie postępowania z uzupełnieniem protetycznym lub aparatem ortodontycznym, również retencyjnym,
- Uzupełnienia tylko części braków zębowych, powodując przeciążenie strefy uzupełnionej protetycznie
- Korekt wykonywanych poza Euro Dent C. S.
- Naturalnego zaniku kości i zmian w przyzębiu
- Istniejącego schorzenia mającego niekorzystny wpływ na układ żujący (np. cukrzyca, padaczka, osteoporoza, stan po napromieniowaniu i terapii cytostatykami).