OGRANICZONA GWARANCJA

Imię i nazwisko Pacjenta, PESEL	
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego	

Ja, niżej podpisany/a, zostałem/am poinformowany/a o ograniczonej gwarancji oraz ograniczonej odpowiedzialności lekarza za wypełnienia w zębie/zębach
……..……

Gwarancja obejmuje okres 2 miesięcy od daty założenia wypełnienia.

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności:

- Uzupełnienia istniejących braków zębowych,
- Wykonania wkładu koronowo -korzeniowego (lany lub włókno szklane) i założenia korony protetycznej
- na ząb nr
- inne……..

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że gwarancja nie obejmuje:

Zmian i uszkodzeń powstałych w wyniku niedostatecznej higieny jamy ustnej,

Zmian i uszkodzeń powstałych w wyniku 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 (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).