

Sedacja podtlenkiem azotu – informacja o rozliczaniu świadczeń.

Opłaty i warunki finansowe

- Oświadczam, że zostałem poinformowany o komercyjnym charakterze wszelkich świadczeń związanych z wykonaniem sedacji wziewnej podtlenkiem azotu oraz o konieczności ich odpłatności.
- Potwierdzam, że całkowity koszt świadczenia składa się z odrębnej opłaty za usługę sedacji oraz z opłat za wykonane procedury stomatologiczne i diagnostyczne, które są naliczane niezależnie od opłaty za sedację.
- Zostałem poinformowany, że wszystkie ceny usług i materiałów stosowanych podczas leczenia ustalane są zgodnie z obowiązującym cennikiem placówki i będą stosowane przy rozliczeniu zabiegu.

Dodatkowe procedury i zmiana kosztów

- Zostałem poinformowany, że w toku wykonywania zabiegu mogą zostać ujawnione stany chorobowe lub inne okoliczności wcześniej nieznane, które będą wymagać wykonania dodatkowych procedur terapeutycznych lub diagnostycznych.
- Akceptuję, że wykonanie takich dodatkowych procedur spowoduje wzrost kosztów leczenia, które zostaną obliczone i rozliczone zgodnie z obowiązującym cennikiem placówki.

Ryzyko nieskuteczności sedacji i rozliczenie kosztów

- Zostałem poinformowany, że podanie sedacji wziewnej podtlenkiem azotu może w wyjątkowych przypadkach nie przynieść oczekiwanych efektów terapeutyczno-uspokajających oraz że brak efektu sedacji nie stanowi podstawy do zwolnienia mnie z obowiązku uiszczenia opłaty za samo świadczenie sedacyjne.
- Akceptuję, że opłata za usługę sedacji zostanie naliczona i pobrana zgodnie z obowiązującym cennikiem niezależnie od osiągniętego efektu sedacji.

Informacja o kosztorysie i zgoda na obciążenia

- Zostałem poinformowany o prawie do uzyskania przed zabiegiem orientacyjnego kosztorysu na żądanie oraz o prawie do otrzymania wyjaśnień dotyczących składowych kosztów.
- Wyrażam zgodę, aby wszelkie koszty wynikające z wykonania zabiegu, w tym koszty sedacji, procedur dodatkowych oraz zastosowanych materiałów, zostały rozliczone zgodnie z obowiązującym cennikiem placówki i zostały przeze mnie uregulowane zgodnie z zasadami płatności obowiązującymi w placówce.

Data: Podpis pacjenta / rodzica / opiekuna: