

WARUNKI GWARANCJI NA USŁUGI STOMATOLOGICZNE, ORTODONTYCZNE I PROTETYCZNE

obowiązujące w spółce Twój Lekarz w Warszawie sp. z o.o.

1. Spółka Twój Lekarz w Warszawie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (adres: ul. Franciszkańska 14 lok. 105, kod pocztowy: 00-214 Warszawa), wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000820550, posiadająca NIP: 5252810787, REGON: 385173015 (dalej: „Świadczeniodawca”) udziela pacjentom gwarancji na realizowane świadczenia medyczne w zakresie usług stomatologicznych, ortodontycznych oraz protetycznych na warunkach określonych poniżej.
2. Warunkiem skorzystania z gwarancji za zrealizowane usługi jest:
 - a) bezwzględne stosowanie się przez pacjenta do wszystkich wytycznych otrzymanych od Świadczeniodawcy przed lub po wykonaniu zabiegów objętych Gwarancją,
 - b) zachowanie należytej higieny jamy ustnej przez co należy rozumieć w szczególności ograniczenie stosowania używek mogących rodzić negatywne konsekwencje dla zdrowia zębów, dziąseł czy też tkanek kostnych, regularne czyszczenie jamy ustnej po posiłku oraz czyszczenie szczelin między zębami za pomocą nici dentystycznej.
 - c) brak ingerencji jakiegokolwiek podmiotu trzeciego w zakres świadczeń zrealizowanych przez Świadczeniodawcę,
 - d) niezwłoczne zgłoszenie Świadczeniodawcy dolegliwości mogących stanowić przedmiot roszczenia gwarancyjnego,
 - e) realizowanie kontroli przedmiotu gwarancji co najmniej raz na 6 miesięcy, przy czym jeżeli gwarancja obejmuje usługi stomatologii ogólnej przez kontrolę należy rozumieć ogólny przegląd jamy ustnej, natomiast jeżeli gwarancja obejmuje zabiegi implantologiczne, ortodontyczne czy też protetyczne, przez kontrolę należy rozumieć czynność realizowaną przez specjalistę w zakresie weryfikacji stanu konkretnego przedmiotu gwarancji,
 - f) realizowanie zaleceń po kontrolnych przez pacjenta, w tym obejmujących konieczność zrealizowania zabiegów higienizacji jamy ustnej.
3. Pacjent rozumie i akceptuje, że gwarancją Świadczeniodawcy objęta jest wyłącznie jakość wykonanych przez niego usług, dlatego też Gwarancja nie obejmuje wszelkich zdarzeń w tym dotyczących przedmiotu gwarancji jeżeli ich wystąpienie jest konsekwencją działań lub zaniechań pacjenta, konsekwencją czynników zewnętrznych a także wynikających z jego ogólnego stanu zdrowia pacjenta.
4. Mając na uwadze ust. 3 powyżej, Gwarancja na udzielone świadczenia zostaje wyłączona w szczególności w przypadku gdy pacjent:
 - a) przerwał zaplanowane leczenie przed jego zakończeniem, przerwał ustalony plan leczenia lub odwołuje wizyty w trakcie leczenia jeżeli może mieć to wpływ na zachowanie prawidłowego procesu leczniczego,
 - b) nie stosuje się do zaleceń Świadczeniodawcy dotyczących higieny jamy ustnej, w szczególności w zakresie regularnego czyszczenia, zwalczania objawów zapalnych oraz regularnego leczenia chorych zębów,
 - c) nie zgłasza się na co półroczne wizyty kontrolne lub nie realizuje zaleceń pokontrolnych,
 - d) użytkuje lub przechowuje protezy niezgodnie z zaleceniami lekarza,
 - e) samodzielnie dokonuje korekt, przeróbek, napraw uzupełnienia protetycznego,
 - f) doprowadził do uszkodzenia mechanicznego przedmiotu gwarancji,
 - g) cierpi na bruksizm (zgrzytanie zębami),

- h) nie uzupełnił brakujących zębów (wskutek czego dochodzi do przeciążeń i zaburzeń zgryzu),
 - i) ma postępujące zaniki kostne,
 - j) posiada schorzenia lub choroby wpływające na stan zdrowia jamy ustnej,
 - k) posiada zaległości finansowe względem Świadczeniodawcy
5. W przypadku gdy w trakcie procesu leczenia ujawni się okoliczność przeprowadzenia nieplanowanego wcześniej leczenia kanałowego, wówczas okoliczność ta nie jest objęta gwarancją chyba, że pacjent wykona zdjęcie tomografii komputerowej jamy ustnej okolic leczenia bezpośrednio przed jego rozpoczęciem.
 6. Pacjent rozumie i akceptuje charakter świadczeń stomatologicznych, a w szczególności to, że zrealizowanie świadczenia stomatologicznego może wywołać określone konsekwencje zdrowotne pacjenta, które uwarunkowane są indywidualną reakcją organizmu pozostającą poza sferą kontroli Świadczeniodawcy. Do najczęstszych negatywnych odczynów po zabiegowych zaliczyć należy: opuchlizna, częściowe drętwienie twarzy, ból zęba lub tkanek otaczających, szczękoscisk, pęknięcie, złamanie zęba, ropień, krwiał, krwawienie po zabiegu chirurgicznym, podwyższona temperatura, reakcja alergiczna na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń.
 7. Wystąpienie negatywnych odczynów o charakterze wymienionym powyżej a także związane z nimi: złe samopoczucie, konieczność zażywania leków, brak możliwości spożywania posiłków, etc. nie stanowią przedmiotu gwarancji Świadczeniodawcy i nie mogą stanowić przedmiotu reklamacji.
 8. Okres gwarancji określonych świadczeń objętych gwarancją określony został szczegółowo w **załączniku nr 1** do niniejszych warunków gwarancji.
 9. W niektórych przypadkach, gdy wybór określonej formy leczenia obarczony jest ryzykiem niepowodzenia pacjent informowany jest o możliwości wykonania przedmiotowego świadczenia na własne ryzyko z wyłączeniem prawa do zgłoszenia reklamacji. W takiej sytuacji pacjent podpisuje oświadczenie stanowiące **załącznik nr 2** do niniejszych warunków gwarancji.
 10. Pacjent uprawniony jest do realizacji świadczeń gwarancyjnych we wszystkich placówkach Świadczeniodawcy.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany:

<i>Imię:</i>	<i>Nazwisko:</i>
--------------	------------------

niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany, że zabieg polegający na:

<i>opis zabiegu:</i>

obarczony jest ryzykiem niepowodzenia, które w całości akceptuje i wyrażam zgodę na jego wykonanie.

Mając na uwadze powyższe rozumiem, że wyrażenie zgody na wykonanie zabiegu obciążonego ryzykiem niepowodzenia stanowi podstawę wyłączenia roszczeń gwarancyjnych względem Świadczeniodawcy.

Świadczeniodawca nie gwarantuje osiągnięcia pozytywnych wyników leczenia co pozostaje bez wpływu na obowiązek uregulowania przez pacjenta wynagrodzenia za wykonane świadczenia.

<i>Podpis:</i>	<i>Data:</i>
----------------	--------------