

Zgoda pacjenta na leczenie chirurgiczne

.....
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Zgodnie z art 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008r. nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne - wszczepianie implantów zęba/zębów.

przez lek. dent. W

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Zostałem(am) poinformowany(a) o:

1. Technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony(a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym
2. O tym, że ostateczna decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odstąpieniu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie RTG.
3. Ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnienie się rany operacyjnej i w konsekwencji odstąpienie wszczepu środkowego
4. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia
5. Niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego
6. Wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - b) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - d) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - e) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
 - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - g) konieczność ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
7. Kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Powyższe zasady przeczytałem(am) i zrozumiałem(am), uzyskałem(am) również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem(am) poinformowany(a) o alternatywnych możliwościach leczenia z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem(am) poinformowany(a) o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

.....
Data i podpis Pacjenta