



## ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO

PESEL OPIEKUNA PRAWNEGO

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 nr 136 poz. 857 z późniejszymi zmianami) oraz art. 16 – 18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej w tutejszej poradni.

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 technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
- o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
- o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
  - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
  - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
  - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanej antybiotyku
  - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
  - konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
  - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
- O 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. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA DENTYSTY

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

CZYTELNY PODPIS PACJENTA [RODZICA BĄDŹ OPIEKUNA]



### Dane adresowe:

Dąbrowa Górnicza - Ząbkowice  
ul. Dworcowa 9  
tel. 32 268 66 44  
kontakt@duodent.clinic

### Godziny otwarcia:

Pon. - piątek: 8:00 - 20:00  
Sobota: 8:00 - 14:00  
Niedziela: nieczynne