

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW**

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 chirurgiczne - wszczepienie 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 technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony (-a) z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
- o tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębo-
dołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG.
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu śródkostnego. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia.
- o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
- o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - konieczności usunięcia 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.

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 wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia. 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