

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

Planowane leczenie chirurgiczne zęba.....

Z powodu

Szacowany koszt leczenia.....,

który może ulec zmianie ze względu na przebieg i specyfikację leczenia, które może powodować dodatkowe koszty.

zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego w gabinecie stomatologicznym „Zębowa Wróżka” Stomatologia Przyjazna Dzieciom.

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą zdrowotną gabinetu. 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.

Zostałem poinformowany:

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań związanych ze znieczuleniem, samym zabiegiem jak i przyjmowaniem zleconych leków po zabiegu, takich jak: reakcje alergiczne, 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.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego do 24 h
 - b) zakazie palenia tytoniu przez co najmniej 3 dni po zabiegu

- c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanej 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) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. O kosztach leczenia, które akceptuję

Powyższe zasady przeczytałem, zrozumiałem, uzyskałem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem poinformowany o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem poinformowany 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, leczenie chirurgiczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Warszawa.....
Data, podpis i pieczęć lekarza

Warszawa.....
Data i podpis Pacjenta

 ul. Ratuszowa 11 lokal 175

 tel. 22 670 17 02 | (+48) 668 381 625

 www.zebowawrozka.pl