

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL

Planowane wszczepienie implantu w miejsce zęba
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 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 wykonanie, wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego przez dr n. med. Tomasza Piętkę 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 oraz będą wykonywane zdjęcia RVG.
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
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu

- d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - f) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
 - g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. O kosztach leczenia, które akceptuję
 6. Warunkiem gwarancji są regularne kontrole co 12 miesięcy (lub częściej zgodnie z zaleceniami lekarza) na których będą wykonywane zdjęć RVG
 7. Otrzymałem zalecenia po zabiegach chirurgicznych

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.

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