

Zgoda pacjenta na leczenie chirurgiczne – wszczepienie implantów zębowych

Imię i nazwisko pacjenta oraz PESEL:

Planowany zabieg wszczepienia implantów w pozycji/pozycjach:

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 w Prywatna Praktyka Dentystyczna Andrzej Wawrzyniak, 62-020 Swarzędz, ul. Polna 5

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik 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 w trakcie oraz po przeprowadzonym zabiegu i uzupełnieniu protetycznym.

Zostałem(am) poinformowany(a):

1. O 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 ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG.
3. 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.
4. 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.
5. O niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
6. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie picia alkoholu przez co najmniej 10 dni po zabiegu i o bezwzględny zakaz palenia wyrobów tytoniowych
 - a) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanych leków
 - b) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem i stosowania zaleconych środków i metod higieny jamy ustnej i rany pozabiegowej
 - c) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych w wyznaczonym przez lekarza terminie
 - d) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych i zaleconych przez lekarza terminach
 - e) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
7. O kosztach zabiegu i leczenia, które zostały mi przedstawione i 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.

Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty

Data i czytelny podpis pacjenta
(rodzica lub opiekuna)