

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta.....

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2023 poz. 1516 z późn. zm.) oraz art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 20023 poz. 1545 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):

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 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.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o ryzyku, że przy usunięciu zębów górnych może nastąpić połączenie z zatoką szczękową, wymaga to dodatkowego zabiegu i zwiększa koszt ekstrakcji.
5. o ryzyku, że po usunięciu zębów trzonowych dolnych, których korzenie leżą blisko kanału żuchwy mogą nastąpić zaburzenia czucia w obrębie przebiegu nerwu żuchwowego, trwające nawet do 6 miesięcy.
6. o możliwości wystąpienia po ekstrakcji ograniczonego zapalenia kości (suchy zębodół), zachodzi wtedy potrzeba dodatkowego leczenia.
7. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - b) tym żeby nie jeść / pić ciepłego pokarmu / płynów
 - c) tym żeby nie jeść twardych pokarmów i gryźć po przeciwnej stronie niż usuwany ząb
 - d) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu w dniu ekstrakcji
 - e) zakazie wykonywania intensywnych ruchów płukania, nie należy płukać jamy ustnej ziołami



- f) konieczności usunięciu 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
 - i) tym, że w razie dolegliwości należy zrobić zimny okład
 - j) ostrożnym myciu zębów w dniu zabiegu
8. 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 chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentysty

.....
Miejscowość, dnia i czytelny podpis pacjenta
(opiekuna prawnego)