

# ZGODA PACJENTA NA LECZENIE – WPROWADZENIE IMPLANTÓW oraz na ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

Imię i nazwisko pacjenta

nr PESEL

Planowane leczenie:

## PODSTAWA PRAWNA

Zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. 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 późniejszymi zmianami) **wyrażam zgodę na wykonanie wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego.**

## Informuję, że:

- uzyskałam/tem szczegółowe i wyczerpujące informacje na temat techniki zabiegu oraz przebiegu proponowanego leczenia;
- jestem świadoma/y, że ostateczną decyzję o wszczęciu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odstąpieniu kości wyrostka zębodołowego; kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczęcia implantu, co nie zawsze da się stwierdzić na podstawie badania RTG;
- mam świadomość związanego z zabiegiem ryzyka i zdaję sobie sprawę z możliwości wystąpienia w trakcie lub po zabiegu niepożądanych następstw i powikłań, takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odstąpienie wszczepu środkowego;
- zostałam/tem ostrzeżona/y o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego;
- zostałam/tem poinformowana/y, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości, czego konsekwencją może być utrata implantu;
- znam i akceptuję koszty proponowanego leczenia;
- wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie w formie pisemnej.

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu miejscowym.** Oświadczam, że ujawniłam/tem wszystkie schorzenia pozwalające lekarzowi na dobór odpowiedniego środka znieczulającego. Otrzymałam/tem szczegółowe informacje dotyczące przebiegu znieczulenia, mechanizmu działania zastosowanego przez lekarza środka znieczulającego oraz czasu znieczulenia. Zapoznałam/tem się z potencjalnymi powikłaniami, które mogą wystąpić po podaniu znieczulenia miejscowego i wiem, że są to: anemizacja skóry twarzy, czyli miejscowe zblednięcie tkanek (np. skóry policzka), krwiak, miejscowa bolesność, obrzęk, zaburzenie czucia, które może utrzymywać się do kilku miesięcy, niedostateczne znieczulenie (zwłaszcza przy stanie zapalnym okolicznych tkanek), zranienie mięśnia, nerwu, naczyń krwionośnych tkanek okolicznych, złamanie igły (przy gwałtownym ruchu pacjenta), powstanie ropnia w miejscu wktucia, omdlenie, reakcja alergiczna lub toksyczna (w skrajnych przypadkach – niewydolność krążeniowo-oddechowa, a nawet zgon). Mam świadomość, że leczenie w znieczuleniu jest stosowane wyłącznie w celu wyeliminowania dolegliwości bólowych i że pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane.

## POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU

Oznajmiam, że zostałam/tem poinformowana/y o zasadach postępowania po zabiegu, a także zobowiązałam/tem się do **bezwzględ- nego przestrzegania następujących zaleceń pozabiegowych:**

- zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu,
- zakazu picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu,
- konieczności przyjmowania przepisanego antybiotyku,
- konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem,
- konieczności usunięcia szwów chirurgicznych,
- zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych przez lekarza terminach,
- konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.

## Niniejszym oświadczam, że:

Udzieliłam/tem wyczerpujących i zgodnych z prawdą informacji o moim stanie zdrowia – zgodnie z wywiadem chorobowym w formie ankiety, przeprowadzonym podczas pierwszej wizyty. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej opisanego, planowanego świadczenia zdrowotnego oraz wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej przed leczeniem, w trakcie zabiegów i po zakończonym leczeniu.

## METODA LECZENIA

Potwierdzam, że:

- uzyskałam/tem pełną i dokładną informację dotyczącą alternatywnych metod leczenia, typowych, dających się przewidzieć następstw i ewentualnych powikłań planowanej czynności, zostałam/tem też poinformowana/y o ryzyku zabiegu i następstwach niepodjęcia leczenia;
- wiem, że na każdym etapie leczenia mogę odwołać moją zgodę na kontynuowanie podjętej terapii;
- wyjaśniono mi, że proponowana metoda leczenia nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów;
- potwierdzam, że przekazane przez lekarza informacje są dla mnie zrozumiałe, a pozytywne efekty terapii nie są gwarantowane;
- otrzymałam/tem satysfakcjonujące odpowiedzi na postawione przeze mnie pytania dotyczące planowanego leczenia z zastosowaniem opisanej powyżej metody.

Podpis i pieczęć lekarza

Data i czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)