



# ZGODA PACJENTA NA LECZENIE IMPLANTOPROTETYCZNE

## oraz na ZNIECZULENIE MIEJSCOWE

.....

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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

Planowane leczenie

.....  
.....  
.....

### PODSTAWA PRAWNA

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

(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/łem szczegółowe i wyczerpujące informacje na temat techniki zabiegu oraz przebiegu proponowanego leczenia;
- Mam świadomość związanego z zabiegiem ryzyka i zdaję sobie sprawę z możliwości wystąpienia w trakcie lub po zabiegu niepożądanych następstw i powikłań, takich jak: złamanie łącznika, powstanie stanu zapalnego wokół implantu, utrata kości wokół implantu, odcementowanie łącznika i/lub korony;
- Zostałam/łem ostrzeżona/y o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantoprotetycznego;
- Zostałam/łem poinformowana/y, że w przypadku niedostatecznego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, W szczególności do stanu zapalnego kości, czego konsekwencją może być konieczność usunięcia 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/łem wszystkie schorzenia pozwalające lekarzowi na dobór odpowiedniego środka znieczulającego. Otrzymałam/łem szczegółowe informacje dotyczące przebiegu znieczulenia, mechanizmu działania zastosowanego przez lekarza środka znieczulającego oraz czasu znieczulenia.

Zapoznałam/łem 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 gwałtownych ruchach pacjenta), powstanie ropnia w miejscu wkłucia,

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.

METODA LECZENIA	POSTĘPOWANIE PO ZABIEGU
<p><b>Potwierdzam że:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uzyskałam/łem pełną i dokładną informację dotyczącą alternatywnych metod leczenia. Typowy dający się przewidzieć następstw i ewentualnych powikłań planowanej czynności zostałam/łem poinformowana/y o ryzyku zabiegu i następstwach niepodjęcia leczenia.</li><li>• Wiem, że na każdym etapie leczenia mogę odwołać moją zgodę na kontynuowanie podjętej terapii;</li><li>• Wyjaśniono mi, że proponowana metoda leczenia nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantu;</li><li>• Potwierdzam, że przekazane przez lekarza informacje są dla mnie zrozumiałe, a pozytywne efekty terapii nie są gwarantowane;</li><li>• Otrzymałam/łem satysfakcjonujące odpowiedzi na postawione przeze mnie pytania dotyczące planowanego leczenia z zastosowaniem opisanej powyżej metody.</li></ul>	<p><b>Oznajmiam, że</b> zostałam/łem poinformowana/y o zasadach postępowania po zabiegu, a także zobowiązałam/łem się do <b>bezwzględnego przestrzegania następujących zaleceń pozabiegowych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem;</li><li>• Zgłaszania się na wizyty kontrolne w wyznaczonych przez lekarza terminach;</li><li>• Konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.</li></ul>

### Niniejszym oświadczam, że:

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

.....

Podpis i pieczętka lekarza

.....

Data i czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)