

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i Nazwisko pacjenta

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

PESEL

Rodzaj planowanego zabiegu chirurgicznego

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 lek. dent. w Medica Centrum Edward Kisiel.

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) o ewentualnych powikłaniach:

1. Podczas ekstrakcji zęba:

- Złamanie korony sąsiedniego zęba, uszkodzenie uzupełnienia protetycznego, uszkodzenie wypełnienia zęba, uszkodzenie implantu, uszkodzenie zęba przeciwstawnego
- Przypadkowe zwichnięcie, nadwichnięcie lub usunięcie zęba sąsiedniego, uszkodzenie zawiązka stałego
- Zranienie okolicznych tkanek miękkich
- Złamanie wyrostka zębodołowego, złamanie blaszki kostnej wyrostka zębodołowego, odłamanie guza szczęki, złamanie żuchwy
- Złamanie narzędzia chirurgicznego w obrębie tkanek
- Przemieszczenie stawu skroniowo-żuchwowego
- Podskórna lub podśluzówkowa odma powietrzna
- Wzmózone krwawienie, połknięcie zęba, zaaspirowanie zęba do dróg oddechowych
- Przemieszczenie korzenia zęba lub jego fragmentu do tkanek miękkich, przemieszczenie korzenia zęba, fragmenty korzenia zęba lub zęba zatrzymanego do zatoki szczękowej
- Połączenie ustno-zatokowe
- Porażenie nerwów, uszkodzenie mechaniczne nerwu, przerwanie nerwu

2. Po zabiegu chirurgicznym:

- Szczękościsk, krwiał, przedłużające się krwawienie, obrzęk, ból poekstrakcyjny
- Zapalenie zębodołu (suchy zębodół, zakażony zębodół)
- Porażenie nerwu zębodołowego dolnego, górnego, językowego, bródowego, twarzowego, podniebiennego
- Martwica podniebienna, martwica kości wyrostka zębodołowego
- Zapalenie kości, ropnie, ropowice, zapalenie zatoki jamistej, zakrzepica naczyń żylnych w obrębie twarzy

Zostałem(am) również poinformowany(a):

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych bezpośrednio po zabiegu
 - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
 - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - konieczności usunięcia szwów chirurgicznych
 - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
 - o kosztach leczenia, które akceptuję.

Powyższe zasady przeczytałem i zrozumiałem. Uzyskałem również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem poinformowany o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem poinformowany 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 dentystry

.....
Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

.....
Miejscowość, data