

Zgoda pacjenta na leczenie chirurgiczne

Imię i nazwisko pacjenta oraz PESEL:

Planowany zabieg:

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 zaplanowane leczenie chirurgiczne 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.

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 i wynik zabiegu
4. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego rany, kości i zastosowanych materiałów biologicznych, a w konsekwencji do niepowodzenia zabiegu, potrzeby jego powtórzenia i dodatkowych zabiegów chirurgicznych.
5. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie picia alkoholu i zakazie palenia wyrobów tytoniowych przez co najmniej 10 dni po zabiegu
 - b) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanych leków
 - c) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem i stosowania zaleconych środków i metod higieny jamy ustnej i rany pozabiegowej
 - d) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych w wyznaczonym przez lekarza terminie
 - e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych i zaleconych przez lekarza terminach
 - f) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
 - g) w niektórych przypadkach wskazanych przez lekarza o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
5. 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 chirurgiczny 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)