

ZGODA NA LECZENIE IMPLANTOLOGICZNE

.....
.....
(Imię i nazwisko oraz data urodzenia)

Zgodnie z art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2017 r. poz. 125) wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne – **WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW**, przez lek. dent **Wojciecha Skrzypczaka**.

Planowany, zaakceptowany przez Pacjenta plan leczenia oraz uzupełnień protetycznych został sporządzony w dwóch egzemplarzach oraz jego kopia została wydana pacjentowi do zapoznania się w domu.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia TAK/NIE
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta bez zmian TAK/NIE
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych TAK/NIE

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że ww. dane są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Proszę w dniu zabiegu i w ciągu 2 kolejnych dni:

- nie palić,
- nie pić alkoholu,
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego,
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie,
- po jedzeniu przepłukiwać krótko jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką,
- nie dotykać okolic zabiegu,
- utrzymywać zalecaną higienę jamy ustnej.

Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu zabiegu.

1. W dniu została przeprowadzona rozmowa informacyjna z pacjentem/pacjentką na temat implantacji wszczepów, materiałów kościozastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w danym indywidualnym przypadku.

2. Został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.

3. Po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.

4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu.

Przyjmuję do wiadomości, że lekarz ani placówka nie mogą gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym cech osobniczych Pacjenta, stanu zdrowia Pacjenta, przebytych chorób oraz postępowania Pacjenta po zabiegu. Wyjaśniono mi,

że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków z różnych przyczyn może dojść do stopniowej utraty kości, wszczepu.

5. Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie zrozumiały zostałem(-am) pouczony(-a) o:

- a) moim stanie zdrowia i rozpoznaniu;
- b) proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych;
- c) dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania;
- d) możliwych wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- e) wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi;
- f) skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia.

6. W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (Pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości.

7. Zostałem(-am) poinformowany(-a) o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu oraz oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „Informacja o zachowaniu po implantacji, augmentacji, zabiegu sinusliftingu”.

8. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia, zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem(-am) wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz przyjmowane aktualnie leki.

9. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu uzależniony jest od postępowania Pacjenta w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:

- a) niepalenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływa na procesy gojenia, ponieważ palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu;
- b) zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, po trzech miesiącach, a następnie raz na pół roku – jest to niezbędnym wymogiem w procesie leczenia;
- c) rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

10. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu) i wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu oraz w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zgodnie z załączoną umową.

11. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi

12. Pacjent ponosi koszty dojazdu w celu wykonania proponowanego zaakceptowanego leczenia, jak również wizyt kontrolnych oraz wizyt, które będą podyktowane względami medycznymi. Do kosztów tych zaliczają się m.in. koszty przejazdu własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem itp., koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie itp., wszelkie koszty pobytu Pacjenta wraz z osobami mu towarzyszącymi przez czas, który będzie niezbędny lub konieczny dla prawidłowego leczenia. Koszty te nie są wliczane do kosztów leczenia i w żadnym przypadku nie obciążają lekarza i jednostki.

16. Pacjent/Pacjentka został(-a) poinformowany(-a) o kosztach zabiegu opisanego w niniejszej zgodzie, które wynoszą (słownie:), które zostaną zapłacone w dwóch ratach, pierwsza w dniu zabiegu, natomiast druga po osadzeniu części protetycznej. które zostaną zapłacone w całości: gotówką / przelewem / kartą kredytową

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą, podczas

której otrzymałem(-am) odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu. Oświadczam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie z stanem faktycznym. Nie wnoszę zastrzeżeń ani uwag.

Świadom korzyści i ewentualnych komplikacji wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.

Załączniki:

- Ankieta zdrowia;
- Zalecenia po zabiegu

.....

.....

czytelny podpis pacjenta

podpis i pieczęć lekarza dentysty

Kościan, dnia.....