

Zgoda na usunięcie zęba

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Leczenie będzie polegać na.....

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia.

Ekstrakcja jest zabiegiem chirurgicznym polegającym na bezpowrotnym usunięciu zęba.

Może wiązać się z koniecznością rozcięcia dziąsła i okostnej, zniesieniem kości otaczającej ząb i założeniem szwów.

Zostałam/em poinformowana/y o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu:

1. Ból
2. Obrzęk
3. Szczękocisk przemijający lub trwały związany z uszkodzeniem mięśni żucia
4. Uszkodzenie stawu skroniowo – żuchwowego (objawiające się ograniczaniem otwarcia jamy ustnej)
5. Przedłużające się krwawienie (wymagające zaopatrzenia)
6. Krwaki (wymagający opróżnienia)
7. Ropień (wymagający nacięcia)
8. Złamanie kości żuchwy lub szczęki
9. Zapalenie kości
10. Zniszczenie kości na skutek rozległego zabiegu
11. Wytworzenie połączenia z zatoką szczękową w przypadku usuwania zębów w szczęcie, skutkujące jej zapaleniem
12. Wtłoczenie korzenia do światła zatoki szczękowej / kanału żuchwy lub okolicznych tkanek miękkich
13. Złamanie igły podczas znieczulenia
14. Uszkodzenie zęba sąsiedniego lub okolicznej błony śluzowej
15. Uszkodzenie nerwu skutkujące zaburzeniem czucia w obrębie twarzy lub upośledzeniem mimiki
16. Leczenie farmakologiczne (antybiotyków, lek przeciwbólowy)
17. Nagłe stany zagrożenia życia (atak astmy, atak padaczki, omdlenie, zatrzymanie krążenia, zapaść)

Wszystkie wyżej wymienione powikłania mogą powstać w skutek niezamierzonego działania operatora lub nieprzestrzegania zaleceń po zabiegowych. W przypadku ich wystąpienia wymagają one dalszej diagnostyki oraz leczenia, co może skutkować dodatkowymi kosztami. Dalsze leczenie może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych.

Zapoznałem się/ zapoznałam się z wyżej wymienionymi powikłaniami, lekarz udzielił mi w sposób wyczerpujący informacji na temat przebiegu procedury leczniczej oraz wielkości ryzyka wystąpienia ww. powikłań w moim przypadku co zrozumiałem/ zrozumiałam i poświadczam własnym, niewymuszonym podpisem, jednocześnie zgadzając się na zabieg w znieczuleniu miejscowym i ewentualne postępowanie w razie wystąpienia niepożądanych następstw. Zobowiązuje się przestrzegać zaleceń po zabiegowych (zakaz picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu, ścisłego przestrzegania zaleceń higienicznych, usunięcia szwów, przyjmowania zleconych leków, antybiotyków)

Numer zęba	Data	Podpis Pacjenta	Podpis Lekarza
.....			
.....			
.....			
.....			