



Centrum Stomatologii Help sp. zo.o. sp. k.

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY

.....
data

Imię i nazwisko pacjenta:, PESEL:

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 zabieg chirurgiczny:

.....
Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.
Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich.

Wyrażam zgodę na rozszerzenie – w razie konieczności – zakresu zabiegu, a także na związany z takim rozszerzeniem ewentualny wzrost kosztów.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej.

Zostałem/łam poinformowany/a o 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 zęba 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;
- podśluzówkowa i podskóra odma powietrzna;
- wzmoczone krwawienie, poknięcie zęba, zaaspirowanie zęba do dróg oddechowych;
- przemieszczenie korzenia zęba lub jego fragmentu do tkanek miękkich, przemieszczenie korzenia zęba, fragmentu korzenia zęba lub zęba zatrzymanego do zatoki szczękowej;
- połączenie ustno-zatokowe;
- porażenie nerwów, uszkodzenie mechaniczne nerwu, przerwanie nerwu;

2) po zabiegu chirurgicznym

- szczękoscisk, krwiak, przedłużające się krwawienie, obrzęk, ból poekstrakcyjny;
- zapalenie zębodołu (suchy zębodół, zakażony zębodół);
- porażenie nerwu zębodołowego dolnego, górnego, językowego, bródkowego, twarzowego, podniebiennego;
- martwica podniebienia, martwica kości wyrostka zębodołowego;
- zapalenie kości, ropnie, ropowice;
- infekcja, reakcja alergiczna, wstrząs anafilaktyczny;
- zapalenie zatoki jamistej, zakrzepica naczyń żylnych w obrębie twarzy.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszelkie moje pytania dotyczące leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia) były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, leczenie chirurgiczne jest podejmowane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. W świetle uzyskanych informacji jw. wyrażam świadomą zgodę na zaproponowane mi leczenie.

.....
Data

.....
czytelny podpis pacjenta (rodzica lub opiekuna)

.....
podpis i pieczęć lekarza