

# ZGODA PACJENTA NA ZABIEG IMPLANTOLOGICZNY

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL: .....

Planowany zakres zabiegu:

ilość implantów: .....

inne procedury chirurgiczne: .....

protetyka: .....

dodatkowe ustalenia: .....

.....

.....

.....  
Podpis lekarza prowadzącego

.....  
Czytelny podpis Pacjenta

Oświadczam, że:

- została przeprowadzona ze mną rozmowa informacyjna wyżej wymienionym lekarzem, na temat implantacji, w trakcie której omówione zostały różne systemy implantologiczne pod kątem zastosowania w danym, indywidualnym przypadku;
- został mi wyczerpująco objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia; przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne, takie jak: obrzęk, ból, gorączka, jak również ryzyko niepowodzenia zabiegu;
- lekarz prowadzący poinformował mnie, że na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego oraz zdjęć RTG, do wykonania zabiegu nie są wymagane żadne dodatkowe badania laboratoryjne.

Po omówieniu innych, konwencjonalnych metod leczenia w postaci: mostów protetycznych, protez ruchomych i po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.

Oświadczam, że w sposób przystępny i dla mnie całkowicie zrozumiały zostałem pouczony o:

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniu;
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych;
- dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź zaniechania;
- wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi;
- skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenie.

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

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

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

W przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi przez lekarza prowadzącego zobowiązuję się do złożenia lekarzowi informacji o ww. braku zrozumienia na piśmie do wiadomości Koordynatora Centrum Stomatologii Citomed.

Zostałem poinformowany o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak:

- obrzęk;
- krwawienie;
- stany zapalne;
- utrudnione gojenie się rany operacyjnej.

Zostałem poinformowany o tym, że:

- w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stany zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia;
- o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego;
- o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 6 godzin po zabiegu;
  - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 godzin po zabiegu;
  - konieczności przyjmowania przez Pacjenta przepisanego antybiotyku;
  - konieczności płukania jamy ustnej 0,1-0,2% roztworem chlorheksydyny przez 7-14 dni po zabiegu;
  - usunięciu szwów chirurgicznych po 7-14 dniach;
  - wizytach kontrolnych, na które Pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach;
- o kosztach leczenia, które akceptuję.

.....

Data

.....

Podpis Pacjenta

.....

Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego