

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE PERIODONTOLOGICZNE

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

PESEL:

Nazwa planowanego zabiegu:.....

.....

.....

Niniejszym oświadczam, że:

- udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia;
- zostałem/-am poinformowany/-a o rodzaju zabiegu, przewidywanym czasie trwania, sposobie znieczulania oraz przewidywanym wyniku;
- zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości wystąpienia powikłań związanych z zabiegiem i przebiegiem gojenia;
- zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że powodzenie samego zabiegu, jak i okres gojenia są niemożliwe do przewidywania w pojedynczym przypadku, a prognozowanie jest oparte na danych statystycznych;
- zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych metodach leczenia; lekarz wytłumaczył mi wyczerpująca naturę mojej choroby oraz przedstawił cel zabiegu, jak i ryzyko związane z zaproponowanym leczeniem;
- miałem/-am możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego leczenia i otrzymałem/-am na nie odpowiedź, a uzyskane informacje są dla mnie zrozumiałe;
- zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach zabiegu, które akceptuję.

Zobowiązuję się do przestrzegania zaleceń lekarskich oraz do zgłaszania się na kontrole w wyznaczonych terminach.

Stwierdzam, że odpowiedzi udzielone na wszystkie moje pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań i alternatywnych sposobów leczenia (włącznie z zaniechaniem leczenia), były dla mnie zrozumiałe i zostały udzielone w sposób wyczerpujący.

Po wystarczającym czasie do namysłu oświadczam, że wyrażam dobrowolnie zgodę na wykonanie wyżej wymienionego zabiegu periodontologicznego.

.....

Data

.....

Podpis Pacjenta

.....

Podpis i pieczętka lekarza prowadzącego