

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL:

Zgodnie a art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. 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 późniejszymi zmianami) wyrażam zgodę na:

leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej zębaprzez lekarza

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuje do wiadomości, że ww. są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

1. O technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym.
2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie i po zabiegu), takich jak obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany pooperacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych.
3. O niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia się rany.
4. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego;
 - b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych 12 godzin po zabiegu;
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu;
 - d) konieczności przyjmowania przez Pacjenta przypisanego antybiotyku;
 - e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem;
 - f) konieczności usunięcia szwów chirurgicznych;
 - g) wizytach kontrolnych, na które musi Pacjent się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach;
 - h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.
5. O kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ).

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zapoznałem/-am się, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w moim przypadku. Zostałem/-am poinformowany/-a o alternatywnych możliwościach leczenia, z zaniechaniem leczenia włącznie. Zostałem/-am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z zaniechania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza dentysty

.....
Czytelny podpis Pacjenta (opiekuna prawnego)