

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW

Opis zabiegu:

Imię i nazwisko pacjenta, nr PESEL:

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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 leczenie chirurgiczne - wszczepienie implantów zęba/zębów przez lek. dent. Mariusza Kowalczyk.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z ankietą (wywiad ogólnomedyczny wypełniany przy pierwszorazowej wizycie). O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w 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 zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. O tym, że ostateczną decyzję o wszczepieniu implantów lekarz podejmuje dopiero podczas zabiegu chirurgicznego, po odsłonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę dla wszczepienia implantu, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania RTG.
3. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej i w konsekwencji odsłonięcie wszczepu środkowego. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek wokół implantu, w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji konieczności jego usunięcia.
4. O niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.
5. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - o zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu

- o konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanej antybiotyku
 - o konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
 - o konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - o wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
6. O kosztach leczenia, które akceptuję. (na koszty leczenia implantologiczne składają się koszty zabiegu chirurgicznego z ewentualnymi zabiegami dodatkowymi np. augmentacja kości, podniesienie dna zatoki szczękowej oraz następnie koszty odbudowy protetycznej) Koszty całej procedury mogą ulec zmianie w przypadku, gdy dojdzie do zdarzeń nieprzewidzianych nieuwjętych w kosztorysie. Takie zmiany będą szczegółowo omawiane i wprowadzane za obopólną zgodą.
7. Kosztorys
- o zabieg wszczepienia implantów
 - o zabiegi dodatkowe
 - o część protetyczna
8. Dodatkowe zalecenia

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am, 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 wszczepienia implantów jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.