

ZGODA NA LECZENIE CHIRURGICZNE

Imię i nazwisko pacjenta, nr 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 leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej w Gabinet Stomatologii i Medycyny Estetycznej HappySmile.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. 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 oraz 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 lub ogólnym.

2. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymania 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 rany.

4. O wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:

- a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
- b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 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 pacjent musi 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 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 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 (Rodzica lub opiekuna)