

ZGODA PACJENTA NA LECZENIE CHIRURGICZNE - WSZCZEPIENIE IMPLANTÓW

Imię i nazwisko pacjenta.....

PESEL.....

Procedura medyczna - wszczepienie implantu

Ja niżej podpisany (a).....

zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016 r. poz. 186) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie, wyżej opisanej, planowanej procedury leczniczej. Wyrażam także zgodę na wykonanie radiologicznych badań diagnostycznych, które zostaną umieszczone w dotyczącej mojej osoby indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej.

Oświadczam, że udzieliłem(am) wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyczerpujące i prawdziwe informacje podałem(am) również w wypełnionej przeze mnie ankiecie stanu zdrowia pacjenta.

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe dane są danymi poufnymi.

Ponadto oświadczam, iż 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 odślonięciu kości wyrostka zębodołowego. Kość może mieć niekorzystną budowę do 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 odstępianie 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:
 - zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu,
 - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 10 dni po zabiegu,
 - konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku,
 - konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem,
 - konieczności usunięcia szwów chirurgicznych w wyznaczonym przez lekarza terminie,
 - wizytach kontrolnych, na które pacjent musi zgłaszać się w wyznaczonych przez lekarza terminach,
 - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej.

Ponadto oświadczam, iż powyższe informacje 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 eliminować innych ukrytych problemów. Leczenie to nie zabezpiecza przed próchnicą oraz chorobami przyzębia.

Zostałem(am) poinformowany(a), że mogę odwołać zgodę na leczenie.