

Formularz świadomej zgody pacjenta na leczenie periodontologiczne

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Adres:.....

Nr telefonu:

Niniejszym wyrażam zgodę na leczenie periodontologiczne w (...)polegające na:.....przeprowadzone przez lekarza.....

Niniejszym, oświadczam że:

- ☐ udzieliłem(-am) pisemnie informacji co do mojego aktualnego stanu zdrowia – zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą,
- ☐ że miałem(-am) wykonywany zabieg transplantacji TAK/NIE (*U pacjentów po transplantacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej, podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią. Pacjent, musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplantacji*),
- ☐ zobowiązuję się ustnie powiadomić o wszelkich zmianach mojego zdrowia lekarza prowadzącego.

W czasie rozmowy przeprowadzonej z lekarzem zostałem(-am) poinformowany(-a) o tym, że:

Periodontologia to dziedzina stomatologii zajmująca się diagnostyką i leczeniem chorób przyzębia, czyli tkanek otaczających i utrzymujących zęby – takich jak dziąsła, kość wyrostka zębodołowego, ozębna i cement korzeniowy oraz chirurgią plastyczną tkanek miękkich jamy ustnej i diagnostyką chorób błony śluzowej jamy ustnej.

Choroba przyzębia jest przewlekłą i może prowadzić do rozchwiania i utraty zębów, jeśli nie zostanie odpowiednio leczona. Nie jest wyleczalna, jedynie zaleczalna.

Objawy, które mogą wskazywać na problemy przyzębia:

- krwawienie z dziąseł (np. podczas mycia zębów),
- obrzęk i zaczerwienienie dziąseł,
- nieprzyjemny zapach z ust,
- nadwrażliwość zębów,
- odsłonięte szyjki zębowe,
- ruszające się zęby.

Najczęstsze procedury wykonywane w ramach leczenia:

1. Skaling i piaskowanie naddziąsłowy – usuwanie kamienia i osadów.
2. Mechaniczne usuwanie kamienia poddziąsłowego -SDR (scaling i root planing)
3. Kiretaż zamknięty (mechaniczne czyszczenie kieszonek) – oczyszczanie głębszych przestrzeni wokół zębów.(SDR- skaling i root debridement)
4. Kiretaż otwarty (chirurgiczny) – odsłonięcie dziąsła i dokładne oczyszczenie korzeni zęba.(OFD- open flat debridement).
5. Zabiegi regeneracyjne – odbudowa zniszczonych tkanek przyzębia (np. z użyciem biomateriałów).
6. Plastyka dziąseł – poprawa kształtu i linii dziąseł.
7. Leczenie recesji dziąseł (np. przeszczepy dziąsłowe).
8. Leczenie podtrzymujące – regularne kontrole i zabiegi profilaktyczne, by zapobiec nawrotom choroby.

9. Usuwanie zmian i pobieranie wycinków diagnostycznych z błony śluzowej jamy ustnej

Zostałem (-am) poinformowana, że zastosowana zostanie u mnie następująca procedura.....

W czasie wizyty zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwych powikłaniach takich jak:

1. Ból i obrzęk
2. Krwawienie
3. Zwiększona nadwrażliwość zębów
4. Obniżenie dziąseł (recesja)
5. Tymczasowe ruchomości zębów
6. Infekcje lub zaburzenia gojenia
7. Powikłania estetyczne
8. Brak oczekiwanego efektu

Koszty leczenia:

- ✓ Całkowity koszt leczenia to kwota.....
- ✓ Kwotę powyższą akceptuję. W przypadku wystąpienia sytuacji, które powodować będą podniesienie kosztów, po uprzednim wyrażeniu zgody na proponowany mi dalszy zakres leczenia, zobowiązuję się je pokryć w całości.
- ✓ Jestem świadomy wysokości kosztów leczenia, akceptuję je w całości i zobowiązuję się do ich pokrycia.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć fotograficznych w zakresie objętym leczeniem.

Po zapoznaniu się z treścią zgody, oświadczam że:

- zawarte w niej 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,
- miałem(-am) możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem(-am) wyjaśnienia
- rozumiem, że efekty leczenia są zależne od stosowania się do zaleceń i mojej współpracy z lekarzem oraz przestrzegania terminów wizyt w toku sesji leczenia.

Nadto:

- przyjmuję do wiadomości, że podczas leczenia mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja lekarza ze mną może być utrudniona – dlatego w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia wyrażam żądanie kontynuowania leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.
- zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

W związku z powyższym po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych, zgodnie z art. 31–35 ustawy z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2021 r. poz. 790 ze zm.) oraz art. 15–19 ustawy z 6.11.2008 r. o

prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849 ze zm.), **wyrażam zgodę na zaproponowane mi powyżej leczenie.**

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie i będzie ono skuteczne od dnia doręczenia tegoż oświadczenia. W sytuacji gdy przerwę leczenie lub nie zgłoszę się na wyznaczone terminy wizyt, wszystkie negatywne konsekwencje, które w związku z tym mogą wystąpić lub wystąpią, obciążą wyłącznie mnie, tak jak i koszty związane z wystąpieniem negatywnych konsekwencji przerwania leczenia lub niezgłoszenia się na wyznaczone terminy wizyt.

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano:

—

.....

podpis lekarza dentysty

.....

czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego /

przedstawiciela ustawowego pacjenta,

data, miejscowość