

## ZGODA PACJENTA 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 chirurgiczne, polegające na: .....  
przez lek. dent .....

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia - zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie mojego zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi.

### Zostałem/-am poinformowany/-a:

1. o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym przebiegiem proponowanego leczenia;
2. **o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań: obrzęk, krwawienie, zasinienie, dolegliwości bólowe, stan zapalny, częściowe uszkodzenie nerwu, otwarcie zatoki, utrudnione gojenie rany;**
3. o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
4. o tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek, co w konsekwencji może prowadzić do konieczności dodatkowego leczenia;
5. o tym, że palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na proces gojenia;
6. o konieczności stosowania się do ewentualnie zalecanej farmakoterapii;
7. **o konieczności stosowania się do zaleceń pozabiegowych, które stanowią integralną część niniejszej zgody – zalecenia zostaną Pacjentowi wydane w formie pisemnej informacji;**
8. o tym, że pacjent jest zobowiązany do zgłoszenia się na wizytę kontrolną w terminie zaleconym przez lekarza;
9. o tym, że usługi stomatologiczne objęte są gwarancją – szczegółowy regulamin gwarancji dostępny jest w recepcji Centrum Estetique;
10. o kosztach leczenia, które akceptuję.

Przewidywany koszt zabiegu: ...

Zabieg chirurgiczny wykonywany jest w znieczuleniu - znieczulenie wykonywane jest na życzenie Pacjenta. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością Pacjenta. Do powikłań częstych, mniej groźnych należy wrażliwość miejsca po ukłuciu, krwiak tkanek(siniak), obrzęk, zawroty głowy, pogryzienie wargi i policzka, podniesienie ciśnienia krwi i przyspieszenie pracy serca. Powikłania rzadkie to omdlenie, częściowe porażenie nerwu czuciowego, infekcja po iniekcji, reakcja alergiczna. Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia do zabiegu stomatologicznego.

W trakcie badania lub zabiegu stomatologicznego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego. Badanie radiologiczne jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego. Może ono mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum, które pozwala uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Cięża jest przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego. **Wszystkie kobiety powinny zgłaszać fakt podejrzenia lub bycia w ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.** Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej oraz dokumentacji fotograficznej, jej przetwarzanie oraz wykorzystywanie w formie uniemożliwiającej identyfikację Pacjenta. Podczas mojego pobytu w Centrum Estetique, w tym w trakcie udzielania świadczeń medycznych wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku oraz wizerunku osób niepełnoletnich pozostających pod moją opieką, za pomocą kamer systemu monitoringu wizyjnego. Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną ws. przedmiotowego monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych osobowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w zakresie i na warunkach w niej przewidzianych.

Wymieniona została większość następstw i powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji nieopisanych, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu Pacjenta.

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE  
CHIRURGICZNE**

Data wydruku: 07-01-2019

Estetique s.c., REGON: 021532137  
Estetique s.c.



Dokładamy wszelkich starań, aby zaplanowane wizyty odbywały się zgodnie z wyznaczoną godziną, lecz nie zawsze jesteśmy w stanie poprawnie przewidzieć długość zabiegu, dlatego prosimy o wyrozumiałość w przypadku opóźnień nie dłuższych niż 15 minut. W każdej sytuacji, w której ewentualne opóźnienie będzie nam wiadome postaramy się Pana/-ią uprzedzić telefonicznie. Naszym zwyczajem jest telefoniczne przypominanie o zaplanowanej wizycie w dniu poprzedzającym - prosimy o aktualizowanie danych kontaktowych, co ułatwi nam komunikację. Odwołanie terminu wizyty może także nastąpić z przyczyn od nas niezależnych - brak prądu, niedyspozycja lekarza i inne przypadki losowe, za które nie ponosimy odpowiedzialności, o których poinformujemy Pana/-ią telefonicznie, najszybciej jak tylko będzie to możliwe. Koszty dojazdu do gabinetu pokrywa Pacjent.

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. Miałem/-am możliwość zadawania pytań, na które otrzymałem/-am wyczerpujące odpowiedzi. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Informacje dodatkowe:

.....

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza

.....  
czytelny podpis Pacjenta (Opiekuna)