

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, mające na celu wszczęcie implantu/-ów w okolicy zęba/-ów pod uzupełnienia protetyczne przez chir. stom.

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:

- o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym przebiegiem proponowanego leczenia;
- o tym, że zabieg wszczęcia implantu polega na wprowadzeniu w okolicy korzenia brakującego zęba tytanowej śruby, której zadaniem jest stworzenie możliwości późniejszej odbudowy protetycznej w celu uzupełnienia braku/-ów zębowych;
- o tym, że ostateczną decyzję o wszczęciu implantu/-ów podejmie lekarz podczas zabiegu chirurgicznego po odłożeniu kości, ponieważ warunki mogą okazać się niewystarczające, co nie zawsze można stwierdzić na podstawie badania rentgenowskiego lub tomograficznego;
- o tym, że w przypadku zdiagnozowania w trakcie zabiegu znaczących ubytków kostnych może zaistnieć konieczność dodatkowych zabiegów, mających na celu regenerację kości;
- o tym, że do uzyskania pożądanego efektu estetycznego w przypadku wprowadzania implantu w odcinku estetycznym (zęby przednie) u Pacjentów z zanikiem wyrostka zębobólowego oraz dziąseł może zaistnieć konieczność dodatkowych zabiegów regeneracyjnych kości oraz tkanek miękkich;
- o tym, że leczenie implantologiczne – protetyczne jest wieloetapowe:
 - etap chirurgiczny – wszczęcie implantu (ze śrubą zamykającą lub w niektórych przypadkach ze śrubą gojącą, tzw. abutmentem); wizyta kontrolna po 7-14 dniach od zabiegu; wizyta kontrolna po około 3 miesiącach w przypadku żuchwy lub po minimum 6 w przypadku szczęki – na tej wizycie montowany jest abutment, jeżeli procedura nie miała miejsca podczas wizyty, na której wszczęciano był implant;
 - etap protetyczny – po okresie stabilizacji (augmentacji) wszczęzionego implantu w kości, najczęściej około 2 tygodnie po drugiej wizycie kontrolnej można rozpocząć etap protetyczny – średnio od 2 do 4 wizyt w odstępach około 5-7 dni roboczych; obowiązkiem Pacjenta jest wykonanie odbudowy protetycznej w ciągu maksymalnie 12 miesięcy od dnia wprowadzenia implantu stomatologicznego;
- o tym, że dokładny rodzaj i zakres odbudowy protetycznej może być ustalony na etapie leczenia protetycznego;
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań: obrzęk, krwawienie, zasinienie, dolegliwości bólowe, stan zapalny, częściowe uszkodzenie nerwu, utrudnione gojenie rany, do powikłań rzadkich należą: krwotok, oderwanie płyta błony śluzowej, uszkodzenie nerwu, otwarcie zatoki, niewgojenie się implantu;**
- o alternatywnych możliwościach leczenia - wykonanie mostów porcelanowych, wykonanie mostów adhezyjnych, protezy osiadającej, mikroprotezy, a także o zaniechaniu leczenia;
- o tym, że palenie tytoniu ma niekorzystny wpływ na proces gojenia, osoby palące tytoń mogą być wyłączone ze świadczeń gwarancyjnych;
[...] jestem osobą palącą [.....] jestem osobą niepalącą
- o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
- 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;
- o konieczności stosowania się do zaleczonej farmakoterapii;
- o konieczności stosowania się do zaleceń pozabiegowych, które stanowią integralną część niniejszej zgody – zalecenia zostaną Pacjentowi wydane w formie pisemnej informacji;**
- o kosztach leczenia, które akceptuję, cennik usług stomatologicznych jest dostępny w recepcji Centrum Estetique, jak i na stronie internetowej www.estetique-polanica.pl

Przewidywane koszty leczenia:

1. etap chirurgiczny

wszczepienie implantu/-ów ...:

ewentualne koszty dodatkowe ...:

śruba/-y gojąca ...:

2. etap protetyczny ...:

Zabieg chirurgiczny jest wykonywany w znieczuleniu. 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 zabiegu chirurgicznego 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.

Centrum Estetique udziela 2 letniej gwarancji na usługi stomatologiczne w tym zabiegi implantologiczne. Ogólne warunki gwarancji:

- 1. Podstawowym warunkiem gwarancji są regularne wizyty kontrolne, na które Pacjent ma obowiązek zgłosić się w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 6 miesięcy;**
2. W przypadku niewgojenia się implantu lekarz może podjąć próbę ponownego zabiegu implantacji, jeżeli warunki i stan zdrowia Pacjenta będzie na to pozwalał – powtórny zabieg w pierwotnym zakresie jest bezpłatny dla Pacjenta;
3. Gwarancja nie obejmuje wystąpienia wszelkich powikłań związanych z czynnikami niezależnymi od lekarza – m.in. zaniku kości, chorób przyzębia i uszkodzeń mechanicznych;
- 4. Pacjent zobowiązany jest do zachowania prawidłowej higieny jamy ustnej, regularnych wizyt higienizacyjnych, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy;**
5. Szczegółowy regulamin gwarancji na usługi stomatologiczne jest dostępny w recepcji Centrum Estetique, jak i na stronie internetowej www.estetique-polanica.pl

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.

**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE
IMPLANTOLOGICZNE**

Data wydruku: 07-01-2019

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



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)