

ZGODA PACJENTA NA DEMONTAŻ UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta:

nr PESEL:

II. DANE LEKARZA WYKONUJĄCEGO ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

III. OPIS PROPONOWANEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO I MOŻLIWE POWIKŁANIA ORAZ SKUTKI NIEPOŻĄDANE:

Niniejszy formularz dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego:

1. DEMONTAŻ UZUPEŁNIENIA PROTETYCZNEGO:

Demontaż dotyczy uzupełnienia protetycznego:

Leczenie to obejmuje następujące czynności i ma następujący cel: leczenie ma na celu przygotowanie pacjenta do podjęcia leczenia protetycznego. Demontaż uzupełnienia protetycznego to zabieg nieodwracalny. Zęby zabezpieczone będą materiałem tymczasowym, którego wytrzymałość jest ograniczona (może dojść do odcementowania lub pęknięcia uzupełnienia tymczasowego). Zaniechanie dalszego leczenia może doprowadzić do trwałego uszkodzenia zębów. Dokładny zakres planowanego uzupełnienia protetycznego oraz leczenia przygotowawczego zostanie przedstawiony pacjentowi po zabiegu demontażu dotychczasowego uzupełnienia protetycznego i analizie stanu zębów filarów. Od momentu demontażu uzupełnienia protetycznego do momentu ostatecznego zakończenia leczenia protetycznego mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych lub antybiotyków a także może zaistnieć konieczność leczenia zachowawczego lub/i endodontycznego (kanałowego) zęba. Leczenie może skutkować wystąpieniem powikłań, takich jak nadwrażliwość zębów, zapalenie miazgi zęba, zapalenie dziąseł. Możliwe jest także wystąpienie reakcji alergicznej na materiał/narzędzia używane podczas leczenia. W przypadku wieloetapowych zabiegów nie jesteśmy w stanie przed rozpoczęciem leczenia określić dokładnej daty, kiedy leczenie zostanie zakończone. W rzadkich przypadkach zaplanowane terminy wizyt mogą ulegać zmianie w związku z indywidualnym modelem leczenia.

2. ZNIECZULENIE:

Ww. świadczenie może być udzielone w znieczuleniu miejscowym, które wykonywane jest na życzenie pacjenta – **polega ono na** podaniu do tkanek w obrębie jamy ustnej środka farmakologicznego, który powoduje blokadę nerwów, odpowiadających za unerwienie danej okolicy. Po podaniu znieczulenia mogą wystąpić objawy niepożądane lub powikłania związane z indywidualną wrażliwością pacjenta. **Do powikłań częstych, mniej groźnych zaliczyć 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.

3. BADANIE RTG/CBCT:

W trakcie badania lub udzielania ww. świadczenia zdrowotnego może zaistnieć konieczność wykonania zdjęcia rentgenowskiego (badanie radiologiczne). Badanie to jest badaniem obrazowym, które wykonuje się z użyciem promieniowania rentgenowskiego, które mieć niekorzystny wpływ na organizm, dlatego dawka promieniowania zredukowana jest do minimum pozwalającego uzyskać poprawny technicznie wynik badania. Badanie to może być wykonane w zakresie: zdjęcia rentgenowskiego okolicy zabiegowej zęba/-ów, zdjęcia rentgenowskiego pantomograficznego, zdjęcia rentgenowskiego tomograficznego. **Ciąża jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania radiologicznego.** Wszystkie kobiety powinny zgłosić lekarzowi fakt podejrzenia ciąży lub ciąży przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego. Wszyscy pacjenci powinni zgłosić lekarzowi fakt leczenia onkologicznego przed wykonaniem zdjęcia rentgenowskiego.

Udzielenie każdego świadczenia zdrowotnego wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań i/lub skutków niepożądanych – także w przypadku dochowania należytej staranności przez personel udzielający tego świadczenia. Dokładamy wszelkich starań, by zminimalizować ryzyko ich wystąpienia, niemniej żaden lekarz ani podmiot leczniczy nie może zagwarantować ich całkowitego wykluczenia.

Dodatkowe uwagi:

IV. OŚWIADCZENIA PACJENTA:

Oświadczam, że:

- 1) nie jestem ubezwłasnowolniony/a całkowicie;
- 2) udzieliłem/am wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia według mojej najlepszej wiedzy – zgodnie z uzupełnionym wywiadem o stanie zdrowia;
- 3) o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się pisemnie powiadomić lekarza bez zwłoki;
- 4) zostałem/am wyczerpująco poinformowany/a, w sposób dla mnie zrozumiały:
 - a) o stanie mojego zdrowia;
 - b) o istocie, sposobie wykonania i celu ww. świadczenia zdrowotnego;
 - c) w szczególności zostałem poinformowany, że:
 - w przypadku innych braków zębowych konieczne jest ich bezzwłoczne uzupełnienie;
 - konieczne jest bezzwłoczne wykonanie ostatecznego uzupełnienia protetycznego, zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - plan leczenia może ulec zmianie, jeżeli w trakcie leczenia wynikną nieprzewidziane okoliczności – o których pacjent zostanie poinformowany i jeżeli wyrazi na to zgodę;
 - uzupełnienie protetyczne może mieć niekorzystny wpływ na wynik badania radiologicznego i rezonansu magnetycznego w obrębie głowy (możliwe artefakty – tj. zaburzenia dokładności obrazu radiologicznego – w wyniku badania);
 - po zakończeniu leczenia pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne oraz wizyty profilaktyczne, w terminach zaleconych przez lekarza, nie dłuższych niż co 12 miesięcy;
 - d) o możliwości zaniechania demontażu uzupełnienia protetycznego i jego konsekwencjach;
 - e) o ryzyku wystąpienia skutków niepożądanych i powikłań w trakcie demontażu uzupełnienia protetycznego a także po jego zakończeniu, które opisano szczegółowo w pkt III niniejszego formularza;
 - f) zasadności informowania lekarza o wszystkich niepokojących objawach, w tym w szczególności o powikłaniach i skutkach niepożądanych;
 - g) o możliwości zadania pytań i zgłaszania wątpliwości personelowi medycznemu w zakresie ww. leczenia;
- 5) zgłosiłem/am personelowi medycznemu wszystkie wątpliwości i zadałem/am wszystkie nurtujące mnie pytania dotyczące ww. leczenia oraz uzyskałem/am zrozumiałe wyjaśnienia i odpowiedzi;
- 6) rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych i stomatologicznych, pozytywne efekty ww. leczenia nie są zagwarantowane;
- 7) mam świadomość, iż mogę w każdej chwili cofnąć zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego;
- 8) zapoznałem/am się z treścią niniejszego dokumentu, w pełni ją rozumiem i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.

V. ZGODA PACJENTA.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie następujących świadczeń zdrowotnych :
(proszę zaznaczyć wstawiając X w odpowiednim miejscu)*

demontaż uzupełnienia protetycznego

znieczulenie

badanie RTG/CBCT

.....
data, podpis i pieczęć lekarza

.....
data i czytelny podpis pacjenta

VI. INFORMACJA W ZAKRESIE WARUNKÓW REALIZACJI ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

- 1) PRZEWIDYWANE KOSZTY LECZENIA:
- 2) WARUNKI PŁATNOŚCI: Płatność za leczenie następuje po wizycie.
- 3) OŚWIADCZENIA PACJENTA.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że:

1. zostałem/am zapoznany/a z warunkami płatności i w pełni je akceptuję;
2. przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że koszty dojazdu do gabinetu ponosi pacjent;

3. rozumiem, że w przypadku zmiany zakresu udzielanego świadczenia zdrowotnego, kwota ustalonych wstępnie przewidywanych kosztów leczenia może ulec zmianie;
4. mam świadomość, że leczenie objęte niniejszą zgodą jest pierwszym etapem leczenia, po którym rekomendowane jest podjęcie/wykonanie ostatecznego uzupełnienia protetycznego, celem uzupełnienia braków zębowych i rehabilitacji narządu żucia.

.....

(data, podpis pacjenta)

VII. ZGODA NA UJAWNIE NIE TAJEMNIC Y LEKARSKIEJ.

Działając w imieniu własnym, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na ujawnienie tajemnicy lekarskiej dot. ww. leczenia w zakresie obejmującym okazanie lub publikację, **w sposób uniemożliwiający identyfikację mojej osoby**, zdjęć RTG/CBCT oraz dokumentacji fotograficznej w celach: edukowania innych pacjentów (okazanie poglądowe fragmentów dokumentacji medycznej), szkolenia personelu, marketingu (informowania o udzielanych świadczeniach zdrowotnych). Zobowiązuję się nie wnosić roszczeń z ww. tytułu. Mam świadomość, że zgodę mogę cofnąć w każdym czasie, bez negatywnych konsekwencji z tego powodu.

.....

(data, podpis pacjenta)