

**ZGODA PACJENTA NA ZABIEG CHIRURGICZNY**

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**nr PESEL** .....

**seria i nr dowodu osobistego** .....

**wydanego przez** .....

Zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2005 nr 226 poz. 1943 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na zabieg chirurgiczny - .....

.....

.....

przez lek.dent. ....

w gabinecie stomatologicznym Dental Care ul. Jana III Sobieskiego 185, 43-300 Bielsko- Biała

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z kwestionariuszem stanu zdrowia stanowiącym załącznik do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się 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, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym.
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań ( w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej ,wysoka temperatura ciała. O tym, że w przypadku niedostatecznego, domowego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek .
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik leczenia implantologicznego.

4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
  - a) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
  - b) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez 12 godzin po zabiegu
  - c) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
  - d) usunięciu szwów chirurgicznych po około 7 dniach
  - e) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - f) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. O kosztach leczenia, które akceptuję.

Wiadomo mi, że :

1. proponowane leczenie na każdym jego etapie będzie przeprowadzone z należyłą starannością oraz zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a wszystkie podejmowane przez lekarza i jego zespół działania i decyzje będą podyktowane wyłącznie moim dobrem oraz w celu osiągnięcia jak najlepszego efektu terapeutycznego
2. bezpośrednio po części chirurgicznej otrzymałem ustne i pisemne zalecenia odnośnie postępowania w okresie pooperacyjnym
3. zarówno lekarz jak i jego współpracownicy, mimo zachowania najwyższej staranności, nie mogą zagwarantować pożądanego powodzenia zabiegu ze względu na ryzyko wystąpienia niemożliwych do przewidzenia osobniczych uwarunkowań.

Biorąc powyższe pod uwagę, decyzje wyboru systemu implantologicznego pozostawiam lekarzowi prowadzącemu, zgadzam się również na konieczne rozszerzenie zakresu zabiegu lub zmiany, które mogą wyłonić się w czasie etapu operacyjnego i/lub protetycznego.

Stwierdzam, że wyjaśnienia udzielone mi na wszystkie pytania dotyczące zabiegu, dalszego leczenia, a także możliwych powikłań, były dla mnie zrozumiałe, zostały udzielone w sposób wyczerpujący oraz pozostawiono mi dość czasu na omówienie wszystkich wątpliwości dotyczących całości leczenia.

Zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem/am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości. Udzieliłem/ udzieliłam także wyczerpujących informacji na temat przyjmowanych leków oraz stosowanych parafarmaceutyków, terapii niekonwencjonalnych oraz ew. stosowanych nietypowych diet.

Wyrażam zgodę na wykonanie ( dla potrzeb diagnostyki, planowania leczenia, prowadzenia leczenia oraz badań kontrolnych) dokumentacji radiologicznej i fotograficznej, która będzie przechowywana w tut. Gabinetcie, i którą w każdej chwili będę mógł/mogła wypożyczyć i/lub odebrać za pisemnym oświadczeniem odbioru.

Zobowiązując się do przestrzegania wszystkich zaleceń lekarskich, regularnych badań kontrolnych, pełnej współpracy z lekarzami prowadzącymi leczenie oraz zachowania wysokiej higieny jamy' ustnej, od której w znacznej mierze zależy wynik leczenia.

Zostałem/am poinformowana, że leczenie chirurgiczne nie podlega refundacji przez publicznego płatnika (NFZ) i jest pokrywane w całości ze środków własnych pacjenta.

Akceptuję przedstawione mi koszty leczenia, które zobowiązuję się ponosić w ustalonych terminach i ustalonych wysokościach. Mam świadomość, że leczenie nie może być rozpoczęte bez wcześniejszego i jednoznacznego uzgodnienia warunków finansowych oraz nie podlega negocjacom w trakcie i/lub po zakończeniu leczenia. Akceptuję również podanie mi kosztów części protetycznej nie w konkretnej kwocie, a w zakresie od - do ze względu na stosunkowo długi okres pomiędzy częścią zabiegową (wgajanie implantu) a rozpoczęciem odbudowy protetycznej na implantach i związaną z tym możliwością zmian cen w laboratorium protetycznym i/lub zmianą przeze mnie klasy pracy protetycznej np. zmiana metalu na złoto lub cerkon, itp.).

Data, podpis i pieczęć lekarza dentysty.

D  
a  
t  
a  
,  
c  
z  
y  
t  
e  
l  
n  
y  
  
p  
o  
d  
p  
i  
s

p  
a