

Zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia zęba zatrzymanego

Imię i nazwisko pacjenta _____ nr PESEL _____

Rodzaj planowanego zabiegu:

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 z zakresu chirurgii stomatologicznej w Stomatologia Polak.

Oświadczam, że udzieliłem(-am) wyczerpujących i prawdziwych informacji co do mojego stanu zdrowia – zgodnie z ankietą stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszego oświadczenia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej.

Wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego usunięcia zęba zatrzymanego, który polega na:

1. Nacięciu błony śluzowej w okolicy zęba zatrzymanego
2. Usunięciu blaszki kostnej obejmującej ząb zatrzymany
3. Usunięciu zęba zatrzymanego
4. Plastyki kości wyrostka zębodołowego
5. Chirurgicznym zaopatrzeniu rany (usunięcie szwów)

Zaniechanie wykonania zabiegu operacyjnego może powodować:

1. Zmniejszoną odporność kości w miejscu, w którym znajduje się ząb zatrzymany, a co za tym idzie większe prawdopodobieństwo wystąpienia złamań podczas urazów
2. Powstanie zaostrzających się stanów zapalnych
3. Tworzenie się torbieli związkowych
4. Powstawanie szczękocisku
5. Dolegliwości bólowe
6. Przemieszczanie zębów, prowadzące do zaburzeń zgryzu

Powikłania po zabiegu mogą być zastępujące:

1. Dolegliwości bólowe
2. Połączenie z zatoką szczękową (górne zęby)
3. Patologiczne złamanie kości żuchwy
4. Odłamanie guza szczęki
5. Obrzęk pooperacyjny
6. Krwawienie pooperacyjne
7. Rozejście brzegów rany
8. Zakażenie i zrobienie rany
9. Zaburzenia czucia
10. Szczękościsk
11. Odłamanie fragmentu korony zęba lub utrata wypełnienia w zębie sąsiadującym z polem operacyjnym
12. Rozchwianie zęba znajdującego się w sąsiedztwie pola operacyjnego

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany w sposób wyczerpujący i w języku dla mnie zrozumiałym o:

1. konieczności i sposobie przygotowania się do zabiegu operacyjnego
2. istocie i technice zabiegu chirurgicznego, sposobie znieczulenia i przewidywanym wyniku
3. typowych i najczęściej występujących powikłaniach wykonywanego zabiegu oraz terapii farmakologicznej
4. niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany.
5. sposobie postępowania po przeprowadzonym zabiegu (zał.)
6. kosztach leczenia, które akceptuję

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. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. W trakcie przedstawionych mi wyjaśnień miałem(am) nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem(am) na nie odpowiedzi. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, podpis i pieczęć lekarza

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna