
Zgoda na zabieg chirurgiczny

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.

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 lub ogólnym,
2. o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany operacyjnej. O tym, że w przypadku niedostatecznego utrzymywania higieny jamy ustnej może dojść do stanu zapalnego tkanek w szczególności do stanu zapalnego kości i w konsekwencji do konieczności dodatkowego leczenia i zabiegów operacyjnych,
3. o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany,

4. o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
- a) zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
 - c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu po zabiegu,
 - d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
 - e) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
 - f) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
 - g) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej,
5. o 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. Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie.

Data, Podpis i pieczęć lekarza

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna