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 z zakresu chirurgii stomatologicznej w tutejszej poradni.
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 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
   b) zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 godzin po zabiegu
   c) zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu
   d) konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanego antybiotyku
   e) konieczności płukania jamy ustnej zaleconym antyseptykiem
   f) konieczności usunięciu szwów chirurgicznych
   g) wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
   h) konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
5. O kosztach leczenia, które akceptuję (z wyłączeniem świadczeń w ramach NFZ)

Powyższe zasady przeczytałem/-am i zrozumialem/-am, uzyskałem/-am również wszelkie wyjaśnienia od dr …….. 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.

……... ……
Podpis i pieczątka lekarza dentysty Czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego)

Miejscowość, data …….. ***20W***