

ZGODA NA ZABIEG Z ZAKRESU PERIODONTOLOGII

Imię i nazwisko Pacjenta:.....

Nr PESEL:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie następującego zabiegu

.....

Rozumiem, że:

1, mam postać choroby przyzębia, która spowodowała uszkodzenie tkanek miękkich i/lub kości wokół zębów i zagraża to zdrowiu pozostałych tkanek przyzębia nie objętych stanem zapalnym.

2. choroba ta, nie leczona jest zazwyczaj nieodwracalna i może być progresywna, co prowadzi do dalszych uszkodzeń i ewentualnej utraty zębów,

3.w trakcie leczenia choroby przyzębia mamy do dyspozycji wiele opcji terapeutycznych. Choć zabiegi te są na ogół skuteczne , rozumiem, że nie ma gwarancji na długoterminowy sukces leczenia, ponieważ przebieg choroby przyzębia zależy od wielu różnych czynników (genetycznych, nawyków higienicznych Pacjenta, stanu ogólnego organizmu)

Zostało mi wyjaśnione, że:

1. Długoterminowy sukces leczenia wymaga mojej współpracy i zależy od skutecznie przeprowadzanych zabiegów higienizacyjnych przeze mnie w domu każdego dnia,

2.W długoterminowym rokowaniu bardzo ważne jest przestrzeganie terminów wizyt kontrolnych

3.Zdecydowana większość chorób przyzębia jest przewlekła, wymaga stałego leczenia, aby utrzymać je pod kontrolą. Choroba ta jak każda inna choroba przewlekła (np. cukrzyca) rzadko jest uleczalna, nawet w leczeniu najbardziej efektywnym

4.Tempo postępu choroby jest zmienne i nieprzewidywalne, ale jeśli leczenie nie zostanie podjęte stan przyzębia prawdopodobnie pogorszy się w czasie, co może prowadzić do przedwczesnej utraty zębów.

Zostałem/-am poinformowany/-a o innych alternatywnych metodach leczenia, jak również o konsekwencjach zaniechania leczenia.

Chociaż powikłania po zabiegach na przyzębiu są rzadkie, mogą wystąpić. Najczęstszymi powikłaniami są: dyskomfort, krwawienie, obrzęk, nadwrażliwość zębów, zakażenia, recesja dziąseł (skurcz) z wydłużeniem koron zębów, zwiększenie ruchliwości zębów, ubytek brodawki międzyzębowej, pogorszenie estetyki obszaru dziąseł lub (określić):

.....

.....

Oświadczam, że zapoznałem/-am i zrozumiałam/-am treść dokumentu, jak również oświadczam, że poinformowałem/-am lekarza prowadzącego zabieg o chorobach ogólnoustrojowych i zażywanych lekach.

Oświadczam, iż otrzymałem/-am w formie pisemnej do domu niniejszy dokument oraz informacje dotyczące postępowania po zabiegu.

.....

data

.....

czytelny podpis Pacjenta który ukończył 16 r.ż.

.....

czytelny podpis Pacjenta/opiekuna prawnego