

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA LECZENIE CHIRURGICZNE - ZABIEG  
w gabinecie Ciocia Dentystka Jutrzenki 10/34A 20-538 w Lublinie

Imię i nazwisko pacjenta.....  
PESEL pacjenta.....  
Imię i nazwisko opiekuna.....  
PESEL opiekuna.....

Procedura lecznicza - usunięcie zęba .....

Ja niżej podpisany/-a.....  
zgodnie z art. 16-18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2016r. poz. 186) wyrażam świadomą zgodę na wykonanie, wyżej opisanej, planowanej procedury leczniczej u mojego dziecka. Wyrażam także zgodę na wykonanie radiologicznych badań diagnostycznych u mojego dziecka.

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka. Takie informacje podałem/-am również w wypełnionej przeze mnie karcie pacjenta.

O wszelkich zmianach stanu zdrowia mojego dziecka zobowiązuję się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Ponadto oświadczam iż, zostałem/-am poinformowany/-a:

1. O wskazaniach do zabiegu, a także o tym, że jego niewykonanie może być przyczyną pogorszenia stanu uzębienia, tkanek miękkich i twardych w jamie ustnej mojego dziecka oraz być przyczyną dolegliwości i wywoływać stany zapalne.
2. O technice zabiegu i przebiegu proponowanego leczenia, oraz o tym, że zabieg będzie przeprowadzony w znieczuleniu miejscowym.
3. O ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu) takich jak: obrzęk, odma, krwawienie, krwiaki, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany pooperacyjnej, zropienie rany, blizny pooperacyjne, przejściowa trudność w otwieraniu ust, przyjmowaniu pokarmów, które mogą wystąpić po zabiegu i utrzymywać się od kilku dni do kilku tygodni.
4. O możliwości wystąpienia powikłania w postaci zaburzeń czucia: w zakresie warg, policzków, brody języka, podniebienia i zębów. Zaburzenia te mogą mieć charakter przejściowy lub stały. Może wystąpić również złamanie lub zwichnięcie żuchwy, wyrostka zębodołowego szczęki i/lub guza szczęki.
5. Że podczas zabiegu istnieje ryzyko uszkodzenia sąsiadujących zębów, uszkodzenia tkanek miękkich, niezamierzonego zwichnięcia lub usunięcia zęba sąsiedniego albo zawiązka zęba stałego, odłamania wierzchołka/-ów korzeni zębów, które mogą ulec przemieszczeniu do sąsiadujących obszarów np. kanału nerwu zębodołowego, zatoki szczękowej.
6. O tym, że w przypadku trudnych warunków anatomicznych dopuszczalne jest pozostawienie odłamanych fragmentów korzenia/-ni zęba/-ów w zębodole i obserwacja.



Imię i nazwisko pacjenta.....  
PESEL.....

7. O tym, że wymienione wyżej powikłania mogą wymagać przyjmowania leków przepisanych przez lekarza, a także kolejnych procedur chirurgicznych i związanych z nimi wizyt w poradni.
8. O wskazaniach odnośnie postępowania pozabiegowego, a szczególności:
- niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia
  - zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego
  - zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej dobę po zabiegu
  - w przypadku zalecenia lekarza przyjmowania przez pacjenta wskazanych leków, konieczności usunięcia szwów chirurgicznych we wskazanym czasie.
  - wizytach kontrolnych na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach
  - konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej
  - o odpowiednim medycznym przygotowaniu do zabiegu w przypadku współistnienia u pacjenta schorzeń ogólnych
9. O przewidywanych kosztach leczenia, które akceptuję oraz równocześnie możliwości ich zmiany wynikającej ze zmiany planu leczenia.

Oświadczam, iż powyższe informacje przeczytałem/am) i zrozumiałem/am, uzyskałem/am również wszelkie wyjaśnienia dotyczące leczenia w przypadku mojego dziecka/podopiecznego. Zostałem/am poinformowany/a o alternatywnych możliwościach leczenia, z odmową leczenia włącznie. Zostałem/am poinformowany/-a o ryzyku towarzyszącym innym metodom leczenia i konsekwencjach wynikających z niepodjęcia lub przerwania leczenia. Rozumiem, że tak jak w przypadku wszystkich procedur ogólnomedycznych, pozytywne efekty leczenia nie są zagwarantowane. Ponadto, zabieg chirurgiczny jest podejmowany w celu usunięcia konkretnego problemu medycznego i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów. Zobowiązuję się do przestrzegania terminów wizyt zgodnie z ustalonym planem leczenia oraz systematycznego odbywania wizyt kontrolnych w zaleconych przez lekarz terminach. Zostałem poinformowany(a), że mogę odwołać pisemnie zgodę na leczenie.

Data.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego.....

Podpis i pieczęć lekarza.....

