

Gabinet:

DC SMILE DESIGNERS

Joanna Dziok i Marta Czaplińska

– Lekarze Dentyści – spółka partnerska

NIP: 8943144633

Legnicka 55/Ua5, 54-203 Wrocław, PL

Pacjent:.....
imię i nazwisko.....
pesel.....
adres zamieszkania**ZGODA PACJENTA NA LECZENIE ENDODONTYCZNE**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty wyrażam zgodę na **leczenie endodontyczne zęba/zębów**

Lekarz przeprowadzający:

Oświadczam, że udzieliłem/-am informacji pisemnej o moim aktualnym stanie zdrowia – zgodnie z:

- ankietą zdrowia stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia **TAK / NIE**
- ankietą zdrowia w dokumentacji pacjenta – bez zmian **TAK / NIE**
- nie znam żadnych przeciwwskazań medycznych **TAK / NIE**

U pacjentów po transplantacji konieczne jest zastosowanie osłony antybiotykowej (podczas zabiegu dochodzi do kontaktu bakterii z krwią). Pacjent, niezależnie od odpowiedzi na pytania ankiety medycznej, musi poinformować lekarza o przebytych zabiegach transplantacji.

Oświadczam, że miałem/-am wykonywany zabieg transplantacji **TAK / NIE**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia: miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładźowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałem/-am poinformowany/-a o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Czy występują przeciwwskazania do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia - jeśli nie występują prosimy wpisać "brak" :

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że:

- leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba ma na celu zachowanie i utrzymanie zęba, który w przeciwnym wypadku musiałby być usunięty;
- planowe leczenie kanałowe przeprowadza się również, jako przygotowanie do leczenia protetycznego;
- leczenie endodontyczne (kanałowe) zęba polega na usunięciu z jego wnętrza, czyli komory zęba i kanałów korzeniowych, zmienionej zapalnie lub martwej miazgi i trwałe wypełnienie tej przestrzeni materiałem leczniczym;
- ze względu na skomplikowaną budowę anatomiczną zębów i tkanek otaczających, leczenie endodontyczne nie zawsze jest możliwe lub może okazać się nieskuteczne już w trakcie podjętych procedur, lub po jego zakończeniu;
- istnieje ryzyko możliwości wystąpienia następujących powikłań:
 - a) w przypadku: kanałów korzeniowych o skomplikowanej budowie, nietypowym przebiegu, kanałów niedrożnych lub zębów leczonych w przeszłości, istnieje zwiększone ryzyko powikłań;
 - b) podczas leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność celowego zniesienia części korony zęba, aby umożliwić prawidłowe wykonanie tego leczenia;
 - c) podczas leczenia może dojść do złamania korony zęba;
 - d) podczas leczenia może dojść do złamania instrumentu endodontycznego wewnątrz kanału korzeniowego (bez możliwości jego usunięcia) oraz przepchnięcia materiału uszczelniającego poza wierzchołek korzenia zęba, co może powodować dolegliwości bólowe i w konsekwencji ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia fragmentu zęba;
 - e) w trakcie leczenia kanałowego zęba, z założoną koroną protetyczną, dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej korony lub zachodzi konieczność jej usunięcia; w takiej sytuacji korona zostaje nieodwracalnie zniszczona, i ani lekarz, ani podmiot leczniczy DC Smile Designers sp. p. nie zwracają wówczas kosztów wykonania nowej korony, ani też nie wykonują jej bezpłatnie; w tym zakresie pacjentowi nie przysługują jakiegokolwiek roszczenia;
 - f) w czasie leczenia, a zwłaszcza po jego zakończeniu, mogą wystąpić przemijające objawy bólowe wymagające niekiedy zastosowania leków przeciwbólowych;
 - g) w niektórych przypadkach podczas leczenia może dojść do zaostrzenia objawów stanu zapalnego (samoistny ból zębów, obrzęk, wysięk surowiczy lub ropny, uczynnienie przetoki); może to wymagać zastosowania leku przeciwzapalnego lub antybiotykoterapii;
 - h) pomimo przeprowadzonego leczenia endodontycznego może zaistnieć konieczność wykonania zabiegu chirurgicznego, np. odcięcia wierzchołka korzenia lub całego korzenia, lub w przypadku niepowodzenia tego leczenia konieczność usunięcia zęba;
 - i) może wystąpić ból zęba lub tkanek otaczających, podwyższona temperatura, złe samopoczucie, alergia na zastosowane leki, zaostrzenie współistniejących schorzeń, dyskomfort i stres spowodowany bólem, konieczność przyjmowania leków (mających wpływ na samopoczucie, możliwość kierowania pojazdem, a także powikłania dla kobiet w ciąży);
 - j) w przypadku, gdy korona zęba jest bardzo zniszczona, konieczna jest tymczasowa odbudowa korony przed rozpoczęciem leczenia kanałowego, co jest również związane z dodatkowymi kosztami;

- k) obecność złamanego narzędzia uniemożliwia niekiedy prawidłowe opracowanie kanału, może powodować dolegliwości bólowe i ewentualną konieczność chirurgicznego odcięcia wierzchołka korzenia;
- l) istnieje ryzyko niemożności opracowania kanału w całości na skutek jego zwapnienia lub wcześniejszego nieprawidłowego leczenia;
- m) istnieje niebezpieczeństwo perforacji (przedziurawienia) ściany kanału lub komory miazgi zęba, czego następstwem może być konieczność dodatkowego zabiegu zamknięcia perforacji, a w razie jego nieskuteczności – usunięcie zęba;
- n) w przypadku leczenia zębów ze zmianami okołowierzchołkowymi istnieje ryzyko, że mimo prawidłowo przeprowadzonego leczenia, zmiany te nie ulegną wygojeniu; w takich przypadkach właściwe postępowanie polega na usunięciu wierzchołka korzenia wraz ze zmianami lub usunięciu całego korzenia bądź też połowy zęba (dotyczy zębów wielokorzeniowych);
- o) po leczeniu endodontycznym konieczna jest jak najszybsza, trwała rekonstrukcja zęba ze względu na wysokie ryzyko złamania osłabionej korony zęba; przy niewielkim stopniu uszkodzenia korony zęba wystarcza odbudowa za pomocą wypełnienia, co związane jest z dodatkowymi kosztami;
- p) jeśli ząb jest mocno zniszczony, konieczna jest odbudowa protetyczna najczęściej za pomocą: wkładu koronowego (inlay), wkładu koronowo-korzeniowego, korony protetycznej, onlaya/overlaya, czyli nakładu lub endokorony, co związane jest z dodatkowymi kosztami, w zależności od wyboru odbudowy protetycznej; wykonanie odbudowy może przeciwdziałać wtórnej infekcji oraz mechanicznym urazom leczonego zęba;
- q) niekiedy trzeba przeprowadzić ponowne leczenie kanałowe (reendo). Przeprowadza się je w sytuacjach: występowania dolegliwości bólowych zęba leczonego kanałowo, widocznego na zdjęciu rentgenowskim nieprawidłowego wypełnienia kanałów korzeniowych, gdy ząb jest przeznaczony do leczenia protetycznego (korony protetyczne, wkłady koronowo-korzeniowe, mosty), występowania widocznych na zdjęciu rentgenowskim zmian w kości, które nie wygoiły się po leczeniu kanałowym;
- r) ząb leczony kanałowo, to ząb martwy, czego objawami i skutkami są ciemniejsza barwa oraz brak reakcji na zmiany temperatury; martwe zęby – nie leczone lub po nieprawidłowym leczeniu kanałowym – są potencjalnym ogniskiem infekcji i zakażenia innych narządów.

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że w trakcie leczenia endodontycznego istnieje konieczność wykonania kilku zdjęć rentgenowskich oraz o tym, że po zakończeniu leczenia, pacjent jest zobowiązany do zgłaszania się na wizyty kontrolne, w trakcie których będzie wykonane zdjęcie RTG, w terminach zaleconych przez lekarza.

Zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach leczenia i je akceptuję.

Wyrażam zgodę na wykonanie zdjęć radiologicznych i fotograficznych w zakresie objętym leczeniem.

Powyższą zgodę i zawarte w niej informacje 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, leczenie endodontyczne jest wykonywane w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Miałem/-am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem/-am wyjaśnienia.

Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu mogą wystąpić nowe okoliczności, które należy uwzględnić i dlatego może zaistnieć konieczność zmiany koncepcji leczenia (zmiany metody leczenia lub poszerzenia bądź też zmniejszenia zakresu). Rozumiem, że podczas udzielania świadczenia medycznego komunikacja lekarza ze mną może być utrudniona, dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam zgodę na kontynuowanie leczenia przy uwzględnieniu nowych okoliczności, a w przypadku konieczności poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów zastosowanych procedur i zużytych dodatkowych materiałów.

Zobowiązuję się do stosowania skutecznej higieny jamy ustnej oraz do wizyt kontrolnych według zaleceń lekarza.

W związku z powyższym, po zapoznaniu się i zrozumieniu treści powyższej zgody oraz uzyskaniu jasnych i zrozumiałych dla mnie informacji dodatkowych, zgodnie z art. 31 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry* oraz art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, wyrażam zgodę na wyżej zaproponowane leczenie endodontyczne.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie i będzie ono skuteczne od dnia doręczenia tegoż oświadczenia. W sytuacji, gdy przerwę leczenie lub nie zgłoszę się na wyznaczone terminy wizyt, wszystkie negatywne konsekwencje, które w związku z tym mogą wystąpić lub wystąpią, obciążą wyłącznie mnie, tak jak i koszty związane z wystąpieniem negatywnych konsekwencji przerwania leczenia lub nie zgłoszenia się na wyznaczone terminy wizyt.

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano: zdjęcia RTG – przed zabiegiem, w trakcie leczenia i po zakończeniu leczenia

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry; data