

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 IMPLANTACJE WSZCZEPÓW STOMATOLOGICZNYCH**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam zgodę na leczenie chirurgiczne – wszczepienie implantów **zab/zęby**

Lekarz prowadzący:

Zostałem/-am poinformowany/-a o zakresie leczenia poniżej wyszczególnionym.

Planowany, zaakceptowany przez pacjenta projekt zabiegu:

.....
Rodzaje implantów:, ewentualnie

Planowany, zaakceptowany przez pacjenta projekt uzupełnień protetycznych

Oświadczam, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji o moim 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**

O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuję się powiadomić pisemnie lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje są danymi poufnymi. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji radiologicznej i fotograficznej. Oświadczam, że zostałem pouczone o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

W dniu zabiegu i w ciągu dwóch kolejnych dni proszę:

- nie palić;
- nie pić alkoholu;
- nie wykonywać żadnego wysiłku fizycznego;
- ograniczyć mówienie;
- przyjmować tylko płynne i miękkie pożywienie;
- po jedzeniu krótko przepłukiwać jamę ustną zimną wodą lub zaleconą przez lekarza płukanką;
- nie dotykać okolic zabiegu;
- utrzymywać zalecaną higienę jamy ustnej.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowana/-y o powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia, o ryzyku, jak również o alternatywnych metodach.

Nie znam żadnych przeciwwskazań do wykonania znieczulenia **TAK / NIE**

Przeciwwskazania do wykonania znieczulenia (wypisać lub wpisać brak):

Znieczulenie miejscowe może osłabić Pana/-i zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 6 godzin po podaniu znieczulenia nie powinien Pan/i prowadzić pojazdów mechanicznych ani jeździć rowerem. W czasie 2 tygodni po zabiegu, chyba że lekarz zaleci inaczej, proszę nie uprawiać sportu wyczynowego oraz unikać ekstremalnych obciążeń klimatycznych (jazdy na nartach, podróży w tropiki). Proszę natychmiast zgłosić się na wizytę, jeśli wystąpią niecodzienne odczucia w miejscu zabiegu.

1. W dniu:..... została przeprowadzona rozmowa informacyjna ze mną – pacjentem/pacjentką nt. implantacji wszczepów, materiałów kościo-zastępczych. Omówione zostały przy tym różne systemy implantologiczne pod względem przydatności w moim indywidualnym przypadku.
2. Wyczerpująco został mi objaśniony zakres i przebieg zaplanowanego leczenia. Przedstawiono mi także w zrozumiałej formie ewentualne skutki uboczne i ryzyko.
3. Po rozważeniu wszystkich ważnych dla mnie informacji, zdając sobie sprawę z możliwych komplikacji, podejmuję świadomą decyzję o poddaniu się zabiegowi.
4. Objaśniono mi przypadki, w których komplikacje doprowadziły do utraty implantu.
5. Przyjmuję do wiadomości, że ani lekarz ani placówka nie może gwarantować oczekiwanego efektu leczenia, który zależy od wielu czynników, w tym od moich (pacjenta) cech osobniczych, mojego (pacjenta) stanu zdrowia, przebytych chorób oraz mojego (pacjent) postępowania po zabiegu.

6. Wyjaśniono mi, że zaproponowane leczenie jest od wielu lat z powodzeniem praktykowane, aczkolwiek metoda ta nie gwarantuje nieograniczonego w czasie utrzymania implantu lub implantów. Nie jest możliwe ustalenie za pomocą metod współczesnej diagnostyki potencjalnych zdolności gojenia tkanki kostnej i dziąsłowej. W niewielkim odsetku przypadków, z różnych przyczyn, może dojść do stopniowej utraty kości, wszczepu.

7. Oświadczam, że w sposób dla mnie przystępny i zrozumiały zostałem pouczony o:

- moim stanie zdrowia i rozpoznaniu;
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych;
- dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania bądź ich zaniechania;
- możliwych wynikach leczenia oraz rokowaniu;
- wszelkich okolicznościach związanych z planowanymi świadczeniami medycznymi;
- skutkach i ryzyku związanym z odmową zgody na dane świadczenia;
- w przypadku braku zrozumienia informacji przekazywanych mi (pacjentowi) przez lekarza lub personel medyczny zobowiązuję się do złożenia na piśmie lekarzowi prowadzącemu informacji o ww. braku zrozumienia – do jego wiadomości.

8. Zostałem poinformowany o konieczności przeprowadzenia dodatkowych badań po zabiegu, jak również, lekarz zalecił mi sposób zachowania się po zabiegu; oświadczam, że została mi przekazana pisemna instrukcja: „**Informacja o zachowaniu po implantacji**”, z którą się zapoznałem/-am i jest ona dla mnie w pełni zrozumiała.

9. Zdając sobie sprawę, że mój ogólny stan zdrowia ma wpływ na efekty leczenia zapewniam, że w mojej historii choroby ujawniłem/-am wszystkie znane mi schorzenia i dolegliwości oraz aktualnie przyjmowane leki.

10. Wiem, że ostateczny wynik leczenia i jego trwałość w dużym stopniu jest uzależniony od mojego (pacjenta) postępowania w okresie pooperacyjnym i później, a w szczególności od:

- nie palenia papierosów, które w bardzo negatywnym stopniu wpływają na procesy gojenia; palenie papierosów jest przeciwwskazaniem względnym przy leczeniu;
- zgłaszania się do okresowych kontroli, tzn. w pierwszym miesiącu po skończonym leczeniu, a następnie raz na pół roku; jest to wymóg niezbędny w procesie leczenia;
- rygorystycznego przestrzegania zaleceń dotyczących utrzymania właściwej higieny jamy ustnej.

11. Przyjmuję do wiadomości, że podczas zabiegu może zaistnieć potrzeba zmiany koncepcji zabiegu (poszerzenia lub zmniejszenia zakresu). Wyrażam zgodę na konieczną zmianę koncepcji zabiegu, a w przypadku poszerzenia zabiegu zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów, zgodnie z załączoną umową.

12. Zostałem uprzedzony, że okres integracji implantów z kością wynosi:

13. Wyrażam zgodę na wykonanie wyżej wymienionych świadczeń medycznych przez lekarza prowadzącego.

14. Oświadczam, że otrzymałem dostęp do informacji o prawach pacjenta.

15. W przypadku braku osteointegracji implantu, nowy implant zostanie wszczepiony bezpłatnie w ustalonym terminie, po wygojeniu się miejsca. Istnieje ryzyko, że ponowne wszczepienie implantu będzie możliwe wyłącznie z augmentacją; koszty augmentacji, jako zabiegu dodatkowego, poniosę w całości.

16. Wiem, że poniosę koszty dojazdu, w celu wykonania proponowanego i zaakceptowanego leczenia, jak również wizyt kontrolnych oraz wizyt, które będą podyktowane względami medycznymi. Do kosztów tych zaliczają się m.in.: koszty przejazdu własnym środkiem transportu, samolotem, pociągiem, itp.; koszty zakwaterowania w hotelu, pensjonacie, itp.; oraz wszelkie koszty pobytu pacjenta wraz z osobami mu towarzyszącymi przez czas, który będzie niezbędny lub konieczny do prawidłowego leczenia. Koszty te nie są wliczane do kosztów leczenia i w żadnym wypadku nie obciążają lekarza i jednostki.

17. Zostałem/-am poinformowany/-a o kosztach zabiegu opisanego w niniejszej zgodzie, które wynoszą: zł (słownie: zł), które zostaną zapłacone w całości: gotówką / przelewem / kartą kredytową w dniu zabiegu. W razie braku wpłaty, zabieg nie będzie wykonany.

Oświadczam, że lekarz przeprowadził dzisiaj ze mną rozmowę objaśniającą, podczas której otrzymałem/-am odpowiedzi na wszystkie interesujące mnie zagadnienia. Nie mam żadnych dalszych pytań i nie potrzebuję dodatkowego czasu do namysłu.

Potwierdzam, że ww. oświadczenia są dla mnie w pełni zrozumiałe i składam je zgodnie ze stanem faktycznym. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń ani uwag.

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, świadom korzyści i ewentualnych komplikacji **wyrażam zgodę na przeprowadzenie zabiegu w ww. planowanym zakresie.**

.....
Czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego; data i miejscowość

Informacja lekarza o przebiegu zabiegu wykonanego w dniu: znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Metryki użytych materiałów, w tym implantów:

.....
.....

INFORMACJA O ZACHOWANIU PO IMPLANTACJI

W celu lepszego przebiegu procesu gojenia się po zabiegu, proszę o przestrzeganie następujących wskazówek:

- w dniu operacji i dwa dni po operacji, nie wolno palić i nadużywać alkoholu;
- nie wolno podejmować żadnego wysiłku fizycznego;
- jeść i pić można dopiero po ustaniu działania znieczulenia miejscowego;
- należy przyjmować pożywienie tylko płynne i miękkie;
- nie gryźć w okolicach zabiegu;
- należy dbać o pozostałe zęby stosując ścisłą higienę jamy ustnej;
- usta w okolicy rany należy tylko przepłukiwać;
- po zabiegu nie używać elektrycznej szczoteczki do zębów w okolicy rany;
- po jedzeniu przepłukać krótko jamę ustną zimną wodą lub płukanką zaleconą przez lekarza;
- nie dotykać okolic zabiegu palcami ani językiem;
- przy ewentualnych krwotokach skontaktować się natychmiast z lekarzem dentystą;
- w okolicy miejsca zabiegu, policzka i podbródka, może wystąpić obrzęk, który po kilku dniach zniknie; złagodzenie tych objawów można uzyskać stosując zimne okłady, zgodnie z zaleceniami lekarza.

Po zabiegu, implanty zostają natychmiast prowizorycznie zaopatrzone. Jest to najczęstsza praktyka. Ostateczne zabezpieczenie następuje dopiero po upływie 10 do 28 tygodni po zabiegu. Przy zaszytych implantach dwufazowych, to znaczy, kiedy żaden z implantów nie wystaje z błony śluzowej, zostaną one zabezpieczone śrubami zablizniającymi, zwykle po upływie 10 do 28 tygodni. Dopiero później następuje właściwa rekonstrukcja protetyczna. Ważne jest, aby implanty były równomiernie obciążone. W razie gdyby Pan/i zauważył/-a, że prowizoryczne zabezpieczenia implantów (korona, most tymczasowy) ruszają się (na skutek przedwczesnego kontaktu zębów), proszę natychmiast zgłosić się na wizytę.

Niniejszym oświadczam, że powyższa informacja jest dla mnie zrozumiała i nie mam pytań w tym zakresie. Zapoznałam/-em się:

.....
Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego; data i miejscowość

INFORMACJA DOTYCZĄCA ROZMOWY WYJAŚNIAJĄCEJ PROBLEMATYKĘ ZWIĄZANĄ Z IMPLANTACJĄ

Drogi Pacjencie/ Droga Pacjentko,

Badanie wykazało, że poprzez implantację jednego lub więcej sztucznych korzeni zęba (implantów), Pana/-i zdolność do żucia pokarmów może zostać odtworzona lub poprawiona. Implantacja wszczepów może być także rozwiązana ze względów estetycznych. Implantowane wszczepy po osteointegracji (zrośnięcia się z kością) posłużą do umocowania koron, mostów lub protez. Implanty, które wykonane są z tytanu, mogą funkcjonować dziesięć lat i więcej. Nie można jednak tak dalece udzielić gwarancji. Przewidziany dla Pana/-i najkorzystniejszy typ implantu zostanie wybrany po wykonaniu odpowiednich pomiarów i badań szczęki i żuchwy. Przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego, rzadziej pod narkozą ogólną, otwiera się dziąsło w okolicy implantacji, aby odsłonić kość. Za pomocą wiertła tworzy się łożo, w której zostanie osadzony implant. Może on zostać wszczepiony bezpośrednio w miejsce po utraconym zębie. Na koniec, dziąsło zostanie zaszyte. Czasami okazuje się podczas operacji, że implantacja nie jest możliwa. Zabieg zostaje wtedy przerwany, a rana zamknięta za pomocą szwów.

W czasie wgajania się implantu nie można go obciążać, ani żuć w tym miejscu, aby proces wgajania się nie został zagrożony. Po wgojeniu się implantu konieczna może okazać się plastyka dziąsła nad implantem w celu wykonania pracy implantoprotetycznej.

Przy korzystnych warunkach anatomicznych, zgryzowych i z zachowaniem odpowiedniego protokołu postępowania można wprowadzać implanty natychmiastowe i obciążać je natychmiastowo. Żaden lekarz nie może zagwarantować sukcesu swojego leczenia, ani wykluczyć wystąpienia ryzyka. Ogólne zagrożenia przy tego rodzaju zabiegach operacyjnych, jak na przykład infekcje, występują rzadko. Dzięki postępowi w medycynie możemy z góry temu przeciwdziałać. Po zabiegu mogą przejściowo wystąpić obrzęki policzka lub warg. Bóle pooperacyjne występują rzadko. Czasami należy otworzyć jamę zatoki szczękowej, która znajduje się w pobliżu okolicy implantacji. Najczęściej implant przyjmuje się bez szkodliwych następstw. Bardzo rzadko dochodzi do zapalenia jamy nosowej lub jamy zatoki szczękowej, które wymaga leczenia. W obrębie zębów trzonowych żuchwy może w rzadkich przypadkach zostać uszkodzony nerw zębodołowy dolny. Bardzo rzadko może dojść do trwałych zaburzeń czucia w obrębie wargi dolnej (drętwienie). Nie występuje jednak upośledzenie ruchomości warg. W pojedynczych przypadkach implanty nie przyjmują się. Występuje ich nadmierna ruchomość w okresie wgajania się i muszą zostać usunięte lub też implantację przeprowadza się powtórnie.

Zapoznałam/-em się z informacją:

.....
Data podpisu

.....
Podpis pacjenta / Akceptacja pacjenta / Opiekuna