

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 CHIRURGICZNE – REGENERACJA I PRZESZCZEP KOŚCI**

Zgodnie z art. 32 – 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry wyrażam zgodę na leczenie z zakresu chirurgii stomatologicznej.

Lekarz prowadzący:

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 pouczony o wszelkich okolicznościach i ryzyku związanym z odmową zgody na rekomendowane świadczenia.

Leczenie będzie polegać na:

Rodzaj zabiegu	Określenie miejsca zabiegu	Wskazanie zabiegu
regeneracja kości
przeszczep kości

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego nasiękowego, przewodowego lub śródwładzłowego i wyrażam zgodę na to, by lekarz wybrał rodzaj oraz ilość znieczulenia podczas leczenia. Zostałam poinformowany/-a 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:

Znieczulenie miejscowe może osłabić Pana/-i zdolność reakcji w ruchu ulicznym. Jeżeli lekarz nie zalecił inaczej, w ciągu 12 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.

Zabieg regeneracji kości i/ lub przeszczepu kości wykonuje się, gdy potrzebny jest dodatkowo materiał kostny, a mamy do dyspozycji kość własną Pacjenta – pochodzenia autogenne (autoprzyszczep) lub specjalne biomateriały. Przeszczep kości to zabieg chirurgiczny, który uzupełnia brakującą kość specjalnym materiałem, aby utrzymać wyrostek zębodołowy. Materiał kościotwórczy nie tylko uzupełnia brakującą kość, ale również pomaga organizmowi odbudować kość utraconą. Nowo rosnąca kość wzmacnia kość przeszczepioną przez połączenie się z nią. Sterowana regeneracja kości jest zabiegiem, w którym cienka membrana jest położona nad przeszczepem. Membrana powiększa rozwój nowej tkanki kostnej, przyspiesza gojenie i zapobiega formacji tkanki bliznowatej w miejscu przeszczepu.

Zabiegi przeszczepu kości oraz sterowanej regeneracji kości stosowane są w przypadku niewystarczającej ilości tkanki kostnej w jamie ustnej. Na zanik kości w szczęcie często mówimy „ubytek kostny”. Wskazania to między innymi:

- ubytek kostny wokół korzeni zębowych (spowodowany przez chorobę przyzębia);
- ubytek kostny po ekstrakcji zęba;
- ubytek kostny po urazie;
- ubytek kostny po długoterminowym braku zębów;
- ubytek kostny przed wszczepieniem implantu;
- ubytek kostny po usunięciu torbieli lub guza.

Zostałem/-am poinformowany/-a:

- o technice zabiegu i szczegółowo zaznajomiony/-a z całym przebiegiem proponowanego leczenia, a także o tym, że zabieg wykonywany będzie w znieczuleniu miejscowym;
- o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań (w trakcie lub po zabiegu), takich jak: obrzęk, krwawienie, zasinienie, stany zapalne, utrudnione gojenie się rany, nadmierne lub przedłużające się krwawienie, uszkodzenie zębów sąsiednich w trakcie zabiegu, reakcji uczuleniowej na środki znieczulające, perforację dna zatoki, uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego, które może powodować dolegliwości bólowe lub zaburzenie czucia w obrębie wargi dolnej, niekiedy bezpowrotne, uszkodzenie nerwu bródkowego, uszkodzenie tętnicy językowej i jej odgałęzień, infekcja pozabiegowa niweczająca całkowicie efekty zabiegu;

- o możliwości zakażenia się zarówno rany dawczej jak i biorczej. W przypadku zakażenia się regenerowanej okolicy najpewniej konieczne będzie usunięcie materiału, wygojenia i ponowna regeneracja;
- że podczas pobierania kości z żuchwy istnieje możliwość uszkodzenia nerwu zębodołowego dolnego. Uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego manifestuje się zaburzeniami czucia w zakresie wargi dolnej, skóry bródki, dziąsła dolnego oraz wszystkich zębów po stronie operowanej;
- że z zabiegiem wiąże się ryzyko powstania bólu, obrzęku, zasinienia skóry i błony śluzowej, zaburzenia rozwierania szczęk;
- 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;
- że zastosowane znieczulenie miejscowe powoduje „odrętwienie” jamy ustnej;
- o niekorzystnym wpływie palenia tytoniu na ostateczny wynik gojenia rany;
- o wskazaniach odnośnie postępowania po zabiegu, a w szczególności o:
 - a) o zakazie podejmowania większego wysiłku fizycznego;
 - b) o zakazie picia alkoholu i palenia tytoniu przez co najmniej 7 dni po zabiegu;
 - c) o konieczności przyjmowania przez pacjenta przepisanych antybiotyków;
 - d) o konieczności płukania jamy ustnej zleconym antyseptykiem;
 - e) o konieczności usunięciu szwów chirurgicznych;
 - f) o wizytach kontrolnych, na które pacjent musi się zgłaszać w wyznaczonych przez lekarza terminach;
 - g) o konieczności ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej;
 - h) o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych przez 12 h po zabiegu.

Przeciwwskazania według wiedzy i obaw pacjenta dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych leków: (proszę wypisać lub wpisać „brak”)

.....
Zostały mi przedstawione koszty, nie zawierające kosztów leków, które akceptuję w całości.

Powyższe zasady 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, zabieg chirurgiczny jest wykonywany w celu usunięcia konkretnego problemu i może nie wyeliminować innych ukrytych problemów.

Miałem/-am możliwość swobodnego zadawania pytań i uzyskałem dodatkowe 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 świadczenia medycznego komunikacja z lekarzem może być utrudniona dlatego, w przypadku konieczności zmiany koncepcji leczenia, wyrażam żądanie kontynuowania 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 powyższe leczenie.

Wiem, że mogę odwołać zgodę na leczenie, w takim przypadku uczynię to pisemnie.

W załączeniu:

- ankieta zdrowia pacjenta dorosłego/ nieletniego **TAK / NIE**
- oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta/ opiekuna prawnego pacjenta **TAK / NIE**

Niniejsze załączniki stanowią integralną część niniejszej zgody.

W celu prawidłowej diagnostyki wykonano/nie wykonano zdjęcie/-a RTG (opisać jakie), w dniu przed / po zabiegu, które stanowi integralną część niniejszej zgody.

.....
Podpis i pieczęć lekarza dentystry

.....
Data podpisu

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